

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

113

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

LOUIS REGNARD

Externe des Hôpitaux

né le 17 avril 1893, à Maligny (Yonne)

Traitement Chirurgical du cancer du col de l'utérus

(HYSTERECTOMIE ABDOMINALE ÉLARGIE)

Quelques points de la technique du Professeur J.-L. FAURE

RÉSULTATS

Président de thèse : M. le Professeur J.-L. FAURE

P A R I S

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1923

113

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

611

Année 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

LOUIS REGNARD

Externe des Hôpitaux

né le 17 avril 1893, à Maligny (Yonne)

Traitement chirurgical du Cancer du col de l'utérus

(HYSTERECTOMIE ABDOMINALE ÉLARGIE)

Quelques points de la technique du Professeur J.-L. FAURE

RÉSULTATS

Président de thèse : M. le Professeur J.-L. FAURE

P A R I S

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie	MM. NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Mancel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	WIDAL.
Clinique des maladies des enfants	GILBERT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CHAUFFARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MARFAN.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies contagieuses	CLAUDE.
Clinique chirurgicale	JEANSELME.
Clinique ophtalmologique	P. MARIE.
Clinique des maladies des voies urinaires	TEISSIER.
Clinique d'accouchements	DELBET.
Clinique gynécologique	LEJARS.
Clinique chirurgicale infantile	HARTMANN.
Clinique thérapeutique	GOSSET.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DE LAPERSONNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEGUEU.
Clinique propédeutique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	FAURE.
	Auguste BROCA.
	VAQUEZ.
	SEBILLEAU.
	DUVAL.
	SERGEANT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ABRAMI.	DUVOIR.	LE LORIER.	RETTERER.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BASSET.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	ROUVIERE.
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE.	LERI.	SCHWARTZ.
BRANCA.	GUENIOT.	LEVY-SOLAL.	STROHL.
CAMUS.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHEVASSU.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
CLERC.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
DEBRÉ.	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émanées dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE

(In memoriam).

Faible hommage de ma toute profonde
reconnaissance.

A MA MERE, A MA GRAND-MERE,

A MON FRERE

Témoignage de ma tendresse.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES :

Stage :

- M. le Professeur HARTMANN, Professeur de Clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu;
M. le Professeur agrégé LECRY, Médecin de la Charité;
M. le Professeur COUVELAIRE, Professeur de Clinique obstétricale.

Externat :

- M. le Professeur J.-L. FAURE, Chirurgien de l'Hôpital Broca;
M. le Docteur A. BÉCLÈRE, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine;
M. le Docteur G. PAISSEAU, Médecin de l'Hôpital de Bicêtre;
M. le Docteur P. PAGNIEZ, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine;
M. le Docteur RICHARDIÈRE, Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades;
M. le Docteur TIXIER, Médecin des Hôpitaux;
M. le Professeur agrégé MÉRY, Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE,
Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté
de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Broca,
Officier de la Légion d'Honneur.

En le remerciant de l'honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.

A M. LE DOCTEUR DOUAY,

Chef des travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca.

Qui voudra bien trouver ici nos vifs
remerciements pour les marques de
sympathie qu'il nous a toujours témoi-
gnées, et pour les conseils qu'il ne nous
a pas épargnés dans la rédaction de ce
travail dont il nous inspira le sujet.

INTRODUCTION

Pendant l'année où nous avons suivi l'enseignement du Professeur J.-L. Faure comme externe dans son service à l'Hôpital Broca, nous avons vu opérer un certain nombre de cancers du col de l'utérus, en même temps que nous avons vu et suivi les applications de radium faites dans ce service.

Le P^r Faure a été le premier à appliquer en France l'hystérectomie élargie au cancer du col, et est toujours resté un partisan convaincu de cette intervention. Aussi avons-nous pu souvent entendre les discussions sur cette question entre le Maître et ses élèves.

Alors qu'on considérait — il n'y pas encore très longtemps — que le traitement du cancer du col de l'utérus ne pouvait consister qu'en l'exérèse du néoplasme et des espaces infiltrés, le radium, avec ses résultats merveilleux en apparence, est venu troubler la question que la chirurgie après bien des tâtonnements paraissait avoir résolue. Les partisans — nombreux déjà — de cette nouvelle thérapeutique, témoignent d'un tel enthousiasme qu'ils ne craignent pas d'affirmer que dans un avenir très proche elle sup-

plantera complètement l'intervention chirurgicale. Certains chirurgiens même, et non des moins éminents, n'ont-ils pas déjà déclaré qu'il fallait abandonner le bistouri en face du cancer du col de l'utérus.

L'influence du radium sur le cancer du col est certaine, c'est peut-être même le seul cancer qui soit le plus efficacement sensible au radium. Il est hors de doute qu'il donne souvent des améliorations notables et parfois des guérisons apparentes de longue durée. Il n'en reste pas moins vrai qu'il nous faut attendre que le temps nous apporte des faits bien observés et des résultats éloignés pour pouvoir parler de guérison du cancer par le radium.

Comment comparer les résultats chirurgicaux aux résultats obtenus par la curiethérapie ? Il y a deux moyens : 1° l'étude des statistiques et 2° l'expérience personnelle.

Si l'on prend au hasard 100 cas de cancers du col et qu'on les traite par les moyens chirurgicaux, et 100 cas de cancers qu'on traite par le radium, il est de toute évidence qu'une telle épreuve est nettement en faveur de ce dernier. En effet 30 à 40 % ne sont pas opérables et parmi les 60 à 70 cas opérés il y a un certain déchet immédiat — le risque opératoire n'est pas négligeable. — Le pourcentage varie avec l'habileté du chirurgien, avec sa technique, avec d'autres facteurs tenant soit au milieu, soit à la malade elle-même. En moyenne ce déchet est environ de 15 %.

La curiethérapie, au contraire, traite tous les cas et, jusqu'à présent, ne s'est pas vu imputer des accidents

mortels immédiats, ou du moins ce sont des cas infiniment rares. Le traitement par le radium est pour ainsi dire sans danger et sa mortalité presque nulle.

Le résultat immédiat est donc en faveur de la radiumthérapie.

Mais, si l'on recherche les résultats éloignés, il n'en est plus de même. Nous étudierons les résultats fournis par quelques statistiques au cours d'un chapitre spécial.

Voyons ce que nous donne l'expérience personnelle, c'est-à-dire les résultats que nous avons vu obtenir dans le service de gynécologie de l'Hôpital Broca.

Ces résultats ne sont pas encore suffisamment tardifs car c'est seulement depuis trois ans que ce service possède du radium. Déjà nombreuses sont les applications qui y ont été faites et les malades régulièrement suivies, aussi régulièrement qu'elles veulent bien s'y prêter elles-mêmes.

Dès maintenant nous avons été frappés de voir le nombre important de récidives dans le cours de la 2^e année, après cependant une guérison apparente de 6 mois à 1 an et demi.

Alors que le Professeur Faure a tendance à opérer tous les cas catalogués cas « opérables », au contraire les cas mauvais ou même douteux sont abandonnés à la curiethérapie. La comparaison ne serait donc pas possible si nous ne trouvions dans les dossiers quelques cas « opérables » qui ont pourtant été traités par le radium. Ces cas ont été écartés par suite de contre-indications tenant à l'âge avancé, à l'état du cœur, à

un degré d'obésité, à une anémie ou à un mauvais état général de la malade, mais localement les lésions étaient peu avancées. C'est seulement ces cas opérables irradiés qui devraient entrer en ligne de compte, si l'on voulait établir une comparaison entre l'exérèse chirurgicale et la curiethérapie du cancer de l'utérus.

Ces cas opérables traités par le radium donnent des résultats presque constamment favorables, souvent très remarquables. On note une disparition des signes locaux, une amélioration de l'état général qui donnent une apparence de guérison. Cet état peut durer une ou plusieurs années; mais si l'on suit longtemps ces malades, si on les revoit à intervalles réguliers, on constate que des récidives se produisent, pas toujours au niveau du col mais plus souvent à distance, dans le paramètre, dans la paroi pelvienne, ou même dans les ganglions lombaires. Parfois apparaissent des métastases actives, dans le rein souvent, dans l'appareil pulmonaire quelquefois comme le cas se produisit chez une malade qu'il nous fut permis de suivre pendant notre séjour à l'Hôpital Broca.

Ce cas a fourni le sujet de la thèse de A. Musumeci (Paris, 1921). Nous donnons un bref résumé de cette observation.

M^{lle} G..., 59 ans. Association d'épithélioma et de sarcome du col utérin (mai 1920).

Le 10 mai. Première application de radium, 19 m.c.d. en 46 heures.

Le 22 mai. Biopsie = travées épithéliomateuses encore visibles; pas de sarcome décelable.

Le 1^{er} juin, deuxième application de radium, 19 m.c.d. en 46 heures.

Le 28 septembre, troisième application de radium (ématisation), 9.79 en 71 heures.

Le 20 octobre. Excellent aspect local, état général parfait.

Le 12 mai 1921. Etat général moins bon. Douleurs d'estomac, vomissements bilieux le matin. Etat local bon; col atrophié, utérus petit, mobile.

Du côté de l'abdomen adénopathie métastatique lombaire de la grosseur du poing.

Radiothérapie commencée le 18 mai.

Revue le 25 mai. La masse a grossi.

16 juin. La masse a diminué; vomissements disparus. Etat du col bon. Mais la malade tousse; gêne respiratoire. Matité base droite; pleurésie probable. Foie normal.

La malade n'a plus été revue. On a su qu'elle était morte de pleurésie hémorragique en août 1921.

Ce cas montre que la guérison apparente fut de 6 mois; la métastase fut à la fois ganglionnaire et pulmonaire : probablement épithéliomateuse dans les ganglions lombaires, et sarcomateuse dans le poumon. La guérison locale du col n'a pas empêché la généralisation et la mort de la malade.

Quelquefois, sans qu'on puisse déceler la récurrence par les moyens cliniques, les malades maigrissent, souffrent de douleurs névralgiques, crurales, lombaires, pelviennes ou abdominales. C'est la continuation de l'évolution cancéreuse sans manifestation extérieure.

Si on laisse ces femmes sans traitement, elles se

cacheectisent et meurent, et cependant le cancer du col reste cicatrisé, si bien qu'on pourrait, dans les statistiques, les porter comme cas de guérison, mortes d'affections intercurrentes mal définies.

Avec M. le Docteur Douay nous pensons que le radium a modifié l'allure du néoplasme, mais qu'on ne peut considérer de tels cas comme des résultats favorables.

Si, au contraire, on poursuit la lutte par des applications au fond de l'infundibulum représentant le col, le vagin et les culs-de-sac vaginaux sclérosés, on voit parfois une nouvelle amélioration se produire. L'infiltration pelvienne s'assouplit et les douleurs névralgiques s'amendent, — ce qui prouve bien l'origine néoplasique de ces scléroses — mais cette nouvelle amélioration n'est que de courte durée, et de nouvelles applications sont sans résultat. La cellule cancéreuse est devenue radiumrésistante. La thérapeutique est à bout.

Dans les cas où l'on sent une masse ganglionnaire pelvienne, le Dr Douay a été jusqu'à faire une laparotomie pour placer le radium dans ou contre cette masse. Dans un cas il a obtenu un résultat superbe. Il s'agissait d'une malade qu'il nous fut donné d'examiner nous-même au début de son histoire et de suivre depuis.

Elle avait subi en 1917 une hystérectomie abdominale subtotale pour kyste de l'ovaire. En mars 1920 on trouvait au niveau de l'orifice du col un petit polype qui fut facilement extirpé.

En mai, cette femme se représentait à la clinique, ses pertes hémorragiques étant réapparues. On trouvait à nouveau une masse charnue faisant saillie par l'orifice du col. Une biopsie indiqua un adénome végétant. Une application de radium amena la guérison clinique.

En octobre 1920 on trouvait une adénopathie pelvienne.

Le 1^{er} décembre 1920 laparotomie médiane sous-ombilicale. Gros paquet ganglionnaire du volume d'une petite mandarine situé immédiatement au-dessous de l'artère iliaque externe gauche qui est repoussée en haut. Le péritoine est enlevé au-devant de la tumeur et les vaisseaux sont repoussés en haut. 4 aiguilles contenant de l'émanation de radium sont enfoncées dans la tumeur. Pansement à la Mikulicz. Les aiguilles sont laissées 48 heures.

En octobre 1921. Guérison clinique.

Décembre 1921. Très bon état local et général.

Actuellement, c'est-à-dire deux ans et trois mois après l'intervention, cette femme se porte très bien.

Ce cas fut un encouragement à cette méthode, mais les autres tentatives ne furent suivies que d'une amélioration de courte durée sauf un seul resté guéri depuis 14 mois.

Nous ne voulons pas entreprendre ici une longue étude comparative des résultats obtenus avec le radium d'une part, avec l'exérèse chirurgicale d'autre part. Nous laisserons ce soin à d'autres; il nous apparaît d'ailleurs comme très difficile d'établir une comparaison suffisamment précise pour devenir convaincante.

L'impression générale que l'on a dans le service du

Professeur J.-L. Faure est que le radium n'a pas encore renversé les résultats acquis par l'hystérectomie abdominale élargie, et qu'il faut se garder d'appréciations trop hâtives sur des résultats immédiats obtenus par la curiethérapie et qui, d'une façon générale, sont superbes, à la condition qu'on suive une technique impeccable, comme celle que nous avons vu appliquer à l'Hôpital Broca, où les questions de la dose, de la durée d'irradiation et du filtrage surtout, sont de première importance.

Que reproche-t-on à la cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus ? 1° Sa mortalité opératoire et ses complications post-opératoires; 2° ses récidives.

Pour répondre à ces reproches nous avons recherché dans les observations recueillies dans le service de notre Maître les résultats immédiats et les résultats tardifs de l'opération de Wertheim. Le but que nous nous sommes spécialement proposé dans cette thèse est l'étude des facteurs qui augmentent la gravité de l'opération et l'examen des détails de technique qui permettent d'éviter autant que possible ces difficultés.

La technique générale de l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer du col de l'utérus est parfaitement connue depuis des années. Le Professeur Faure s'est fait le défenseur, en France, de cette intervention et, depuis 1896, il s'est acharné dans cette lutte pénible contre le cancer, persuadé qu'il est que le salut est dans l'opération radicale précoce. Depuis 1908 environ, sa technique ne s'est plus guère modifiée dans l'ensemble. Seuls certains détails, certains tours de main,

des « petits trucs opératoires » ont pris de l'importance. C'est sur ces détails, infimes en apparence, que nous avons voulu attirer l'attention. Ils ne sont pas sans importance pour obtenir le succès final.

Il est évident que l'hystérectomie abdominale élargie, qui est particulièrement longue, difficile et exige une habileté chirurgicale toute spéciale, reste une opération de grande chirurgie et par là même accessible seulement à une élite. Au contraire — et c'est peut-être aussi un danger — rien n'est plus facile que de mettre un tube de radium dans un col utérin. Il est bien certain que si demain nous avions à traiter personnellement un cancer du col de l'utérus, sans pouvoir recourir à l'expérience d'un maître, c'est au radium que nous aurions recours.

Les idées que nous soutenons dans cette thèse dépassent de beaucoup notre expérience chirurgicale, mais les conseils que M. le Docteur Douay ne nous a pas épargnés — et il nous est particulièrement agréable de le remercier ici — nous permettent de faire un travail qui n'est que le reflet de la grande expérience du Professeur Faure.

Nous serions trop heureux si ce modeste travail pouvait contribuer à répandre les idées d'un tel Maître.

HISTORIQUE

Avant d'aborder la description de l'opération dont le Professeur Faure s'est fait l'ardent défenseur en France, nous croyons utile d'exposer brièvement l'évolution des idées sur le traitement du cancer du col au cours de ces quarante dernières années.

Il y a juste un siècle, en 1822, que Sauter le premier s'attaqua au cancer du col par la voie vaginale. Il fut suivi bientôt par de nombreux chirurgiens, notamment par Récamier dès 1829. Pourtant l'hystérectomie vaginale fut vraiment vulgarisée par Czerny (de Heidelberg) en 1878. Cette opération prévalut jusqu'en 1898, où la voie abdominale qui avait déjà trouvé des partisans prit le pas sur elle.

Entre temps, d'autres voies furent essayées et d'autres opérations furent décrites. Herzfeld (de Vienne), en 1888, décrivit une hystérectomie par voie sacrée; Zuckerkandl et Wölfler, en 1889, une hystérectomie par voie parasacrée et pararectale; Schuchardt, en 1893, par voie paravaginale. Ils ne furent guère suivis. Pierre Duval, en 1906, a proposé une hystérectomie vagino-abdominale et, récemment, Cunéo et

Picot ont décrit une technique d'hystérectomie périméale. Nous ne croyons pas que ces opérations aient trouvé une grande faveur auprès des chirurgiens français. Aujourd'hui la généralité des chirurgiens a admis l'opportunité de la voie abdominale.

Wilhelm Alexander Freund, de Strasbourg, en juin 1878, pratiqua par la voie abdominale l'exérèse d'un cancer du col de l'utérus, dûment vérifié par l'examen histologique. En 1904, c'est-à-dire 26 ans plus tard, il présentait sa malade alors âgée de 53 ans. C'était un beau succès pour une opération inaugurale. Mais des résultats désastreux ayant succédé — sa mortalité opératoire n'atteignit-elle pas 70 % — il n'eut guère d'imitateurs à cette époque. Mais le progrès acquis dans l'outillage et dans l'asepsie fit qu'un chirurgien américain, Ries (de Chicago), remit en honneur l'hystérectomie abdominale, le 18 mars 1895, en proposant l'ablation du segment supérieur du vagin, des ligaments larges et des ganglions avec l'utérus et ses annexes. Il fut immédiatement suivi dans cette voie par Schroöder, Rumpff, Clark (de Philadelphie), Kelly. En France, J. -L. Faure pratiqua sa première opération abdominale le 5 août 1896. C'est le 16 novembre 1898 que E. Wertheim (de Vienne) fit sa première hystérectomie abdominale pour cancer du col suivant les données encore vagues de Ries. Dans son premier travail important sur cette question, qu'il faisait paraître en juin 1900 dans les « Archiv für Gynaekologie », il exposait une technique raisonnée de ce qu'il appelait l'hystérectomie abdominale élargie. Cette

opération reçut alors le nom d'opération de Wertheim. En 1902, au Congrès de Rome, Wertheim fournissait des statistiques déjà encourageantes.

A cette époque le procédé qu'employait J.-L. Faure était à peu près identique et en différait toutefois par la ligature des artères hypogastriques dont Wertheim ne jugeait pas l'opportunité.

Le Professeur Faure n'aime pas les grandes publications et l'on ne trouve nulle part précisée avec tous ses détails la technique qu'il emploie. A l'enseignement livresque il préfère l'enseignement par la vue. Pour lui il faut avant tout : voir. Une technique opératoire s'apprend mieux dans la salle d'opérations que dans les livres, si claires et si bien illustrées que soient les longues descriptions. Aussi notre Maître apporte-t-il tous ses efforts à faciliter les démonstrations opératoires. L'intervention une fois terminée, nous l'avons toujours entendu expliquer la technique suivie, la discuter pièce en main et faire au tableau noir quelque schéma explicatif. Pour faciliter la vue du champ opératoire aux assistants — toujours nombreux — il a fait installer une lampe sans ombre (lampe scialytique). En outre il a fait prendre et il fait projeter de temps en temps des films cinématographiques qui permettent de faire des démonstrations vécues à un grand nombre d'assistants à la fois. Ces projections parlent aux yeux et corrigent ce défaut qu'ont les démonstrations sur la table d'opérations de n'être bien vues seulement que par les quelques assistants les plus rapprochés.

Discussion des critiques adressées à l'hystérectomie abdominale élargie

A l'opération de Wertheim, que reproche-t-on ?

- 1° Sa mortalité opératoire;
- 2° Ses complications post-opératoires;
- 3° Ses récidives.

1^{er} REPROCHE : *L'opération de Wertheim est une opération dangereuse.* — La mortalité opératoire est surtout due au shock résultant de la longueur de l'opération, de l'anesthésie, et de la perte de sang. Aussi l'opinion du Professeur Faure est qu'il faut opérer vite. Opérer vite ne veut pas dire opérer en se hâtant, mais opérer sans perdre de temps. Cette opération reste cependant une opération longue. Le Prof^r J.-L. Faure, qui a la réputation d'opérer vite, met à peu près une heure depuis le premier coup de bistouri jusqu'à la dernière agrafe, rarement davantage, souvent moins. Nous l'avons vu récemment faire cette opération, sur une malade maigre, en 35 minutes. Nous sommes loin du temps que mettait Wertheim (2 heures et demie à 3 heures) dans ses premières opérations.

Ne pas perdre de temps n'entraîne pas l'obligation d'une hâte se traduisant par des gestes désordonnés. Cela veut dire qu'il ne faut pas de manœuvres inutiles, chaque temps doit être bien réglé, chaque geste calculé, précis. C'est cette qualité de précision merveilleuse que nous avons vue chez le Prof^r Faure qui fait l'admiration des spectateurs. En dehors d'une sûreté de main extraordinaire, aucune fausse manœuvre, chaque geste est déclenché en son temps, pour ainsi dire automatiquement. C'est une qualité certainement très difficile à acquérir, une grande discipline à s'imposer. Il faut agir avec méthode, suivant une technique bien réglée dont on ne doit jamais s'écarter.

Il va sans dire qu'on doit disposer d'une instrumentation impeccable. Parmi l'arsenal chirurgical dont on doit disposer, il nous semble bon de signaler quelques instruments qu'emploie le Prof^r Faure. Ce sont : sa valve à cadre, sa longue pince à disséquer, son aiguille à pédale (à grande courbure), ses pinces à utérines, ses pinces à plateaux, les écarteurs à grande courbure de Pollosson, la pince à ligatures métalliques de Michel.

Le champ opératoire doit être libre et bien éclairé. Libre, c'est-à-dire qu'il faut se débarrasser le plus possible des pinces gênantes, en faisant les ligatures hémostatiques au fur et à mesure. Bien éclairé, en se donnant du jour, et pour cela ne pas craindre les longues incisions longitudinales. Pas d'incisions transversales de Pfannenstiel qui ne permettent pas un accès facile jusqu'au plancher pelvien et jusqu'au

vagin, comme il est nécessaire dans l'opération qui nous occupe. La large valve sus-pubienne de Doyen permettra d'éclairer largement le champ opératoire.

Depuis ses premières opérations pour cancer du col, le Prof^r J.-L. Faure pratique systématiquement la ligature des hypogastriques, en ayant eu presque toujours des avantages. Son but est d'obtenir une hémostase relative, non seulement des artères, mais aussi des veines utérines et vaginales, par diminution de la circulation veineuse de retour. La ligature des hypogastriques fait gagner du temps et simplifie l'opération en supprimant une hémostase de détails. Dans certains cas l'opération se fait pour ainsi dire à blanc (Obs VII), le suintement sanguin étant à peu près nul. De ce fait il est permis de voir plus facilement, pas de coup de ciseau dangereux pour l'uretère, pas de perte de temps à tamponner ou à placer des pinces.

Même si la ligature est sans effet, elle ne peut nuire en aucune façon. Certains auteurs ont prétendu que la ligature des hypogastriques entraînait une ischémie dangereuse des tissus cellulaires pelviens et surtout de la vessie. On a attribué à cette ligature certaines nécroses de la paroi postérieure de la vessie ou certaines fistules urétrales. La ligature des hypogastriques ne nous paraît pas responsable de ces accidents. L'ischémie ainsi obtenue n'est que temporaire, une circulation suffisante s'établit rapidement par des anastomoses avec les autres artères pelviennes. Le Prof^r Faure n'a jamais observé des accidents graves consécutifs à cette ligature

Malgré les précautions que nous indiquons, il n'en reste pas moins vrai que l'hystérectomie abdominale élargie reste une opération grave et nous devons toujours compter avec un shock opératoire.

Quelles sont les malades qui supportent mal cette intervention ? Ce sont d'abord les obèses. En effet, chez ces femmes, l'anesthésie est toujours difficile. Les patientes, qui souvent sont déjà emphysémateuses, respirent mal et, dès qu'elles sont renversées en position de Trendelenburg, se congestionnent ou se cyanosent immédiatement. En outre, la surcharge graisseuse du cœur étant presque la règle chez ces femmes, il faut craindre des complications cardiaques. Enfin, dans ces cas, l'opération est toujours plus longue et plus difficile en raison du pannicule adipeux qui est toujours gênant, augmentant la profondeur du champ opératoire, et en raison aussi de la graisse qui a envahi les espaces sous-péritonéaux.

Les anémiées supportent très mal les interventions chirurgicales sérieuses, comme l'opération de Wertheim. Lorsque la numération globulaire donne un chiffre inférieur à 2.500.000, les risques opératoires deviennent trop considérables.

Les néphrétiques également ne doivent pas être opérées sans s'être entouré de certaines précautions. On doit être renseigné sur l'état des reins et l'élimination de l'urée urinaire. On admet généralement que le taux minimum doit atteindre 15 grammes par jour. Il est utile dans ce cas de comparer la quantité d'urée excrétée à la quantité d'urée contenue dans le sang. Lorsque

le coefficient d'Ambard s'élève et devient le double de la normale, il y a lieu de soumettre les malades au régime déchloruré pendant quelques jours avant d'entreprendre l'opération.

Nous devons dire pourtant que le Prof^r Faure n'attache pas une importance exagérée à ces examens de laboratoire. Il s'en tient surtout à son impression clinique.

Le diabète n'est pas une contre-indication à l'intervention. Le Professeur Albert Robin, en décembre 1917, déclarait à l'Académie de Médecine que si grave que puisse paraître l'intervention chirurgicale chez un diabétique, elle est indiquée tout au moins en face d'un cancer à son début car le diabète accélère la marche de la maladie.

Nous nous souvenons avoir vu, pendant notre année d'externat à Broca, le D^r Douay faire, chez une diabétique qui éliminait 60 à 80 grammes de sucre par litre, une hystérectomie abdominale élargie pour adénome malin intracervical. Les suites opératoires furent bonnes; il se produisit seulement un abcès de la paroi qui se cicatrisa parfaitement.

Il va sans dire que l'âge trop avancé est une contre-indication à l'acte chirurgical. Les cas opérés après 60 ans sont exceptionnels. Dans le service du P^r Faure, il est admis en principe qu'on ne doit pas opérer quand on se trouve en présence d'une des difficultés que nous venons d'envisager, même si le néoplasme est mobile et par conséquent ressortissant à la catégorie des cas dits « bons » : on a alors recours au radium.

Nous devons dire que nous avons consulté tous les dossiers du service du radium à la Clinique, et que peu nombreux sont les cas qui catalogués vraiment opérables ont été livrés à la curiethérapie. Au contraire, nous avons trouvé la plupart du temps la mention « inopérable » ou « opérabilité douteuse ».

2^e REPROCHE : *L'opération de Wertheim peut-être suivie de complications immédiates et tardives graves.*

1^o *Complications infectieuses.* — Malgré toutes les précautions qu'on peut prendre, l'asepsie dans l'opération de Wertheim n'est pas certaine. La fin de cette opération est forcément septique et, malgré la désinfection préalable du vagin à la teinture d'iode et à l'alcool, il existe toujours un danger d'ensemencement microbien qui peut aboutir à la péritonite et surtout à la cellulite pelvienne. Il se produit une infection diffuse du tissu lâche du petit bassin. S'il s'agit d'un microbe banal, il peut y avoir une infection légère se manifestant par quelques oscillations thermiques pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre. Que si, au contraire, il s'agit d'un microbe très virulent, comme le streptocoque, il peut donner lieu à une septicémie évoluant soit lentement, soit rapidement vers la mort.

Comment éviter ce danger d'infection ? Quelles précautions prendre au moment de l'ouverture du vagin et de l'extirpation de la pièce ? Wertheim avait imaginé ses pinces en L pour fermer les deux lèvres de

section du vagin, et Goullioud fit construire aussi ses pinces à grande courbure. Deux inconvénients résultent de l'emploi de ces pinces. Elles sont d'abord dangereuses à placer car on risque, avec la pince inférieure surtout, de saisir ou la vessie ou l'uretère. On ne se rend pas compte de l'état des tissus du vagin à l'endroit où va porter la section. Cette section du vagin doit être faite sous le contrôle de la vue. Les pinces mises en place, on ne se rend pas bien compte de ce que les ciseaux coupent.

D'autre part, l'emploi de ces pinces n'est pas absolument efficace car une fois l'utérus enlevé il faut, pour permettre la suture du vagin au péritoine, enlever la pince inférieure qui est restée sur lui. Or, au moment où on l'enlève, les liquides septiques des sécrétions vaginales, suivant la déclivité que donne la position de Trendelenburg, viennent souiller la tranche de section.

Le procédé qu'emploie le Prof^r Faure nous paraît devoir diminuer les dangers d'infection et d'inoculation. Il consiste à attaquer le vagin par son plafond. Pinçant la paroi antérieure, il fait aux ciseaux une boutonnière. Cette première section lui permet de voir s'il est assez loin du col, en tissu sain ou en tissu infiltré par le néoplasme. Il est d'autant plus facile de voir qu'après ligature préalable des hypogastriques et ligature secondaire des utérines et vaginales longues, la tranche de section n'est nullement hémorragique. Les deux lèvres de cette boutonnière sont alors saisies avec deux pinces à plateaux de J.-L. Faure. La lèvre

inférieure, voisine du col utérin, est relevée en haut; la déclivité n'existe plus. Le chirurgien introduit dans cette ouverture une mèche de gaze qu'il pousse dans le vagin. Les souillures qui sont à craindre sont ainsi absorbées et entraînées à l'intérieur du vagin. Il continue la section circulaire sous le contrôle de la vue; ses ciseaux ne travaillent pas à l'aveuglette. La partie septique du col, qui a été débarrassée de ses bourgeons néoplasiques sanieux par un curettage préalable, est orientée en haut de façon que les liquides qui peuvent y subsister se trouvent maintenus dans la cupule que forme le col de l'utérus évidé et la collerette vaginale que les ciseaux ont taillée. Nulle goutte de liquide septique ne doit tomber dans le ventre; d'ailleurs, par précaution, un petit champ a été glissé sous l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas pour le protéger. champ qui est aussitôt retiré.

Les complications infectieuses peuvent être dues encore à un défaut de péritonisation. Une péritonisation mal faite sur des espaces cellulaires dénudés et suintants peut conduire à la péritonite généralisée. Aussi, dans les cas où de larges délabrements ont été créés, il faut procéder à l'exclusion du bassin par le procédé de Bumm (surjet colo-vésical).

La phlébite n'est pas plus fréquente que dans les autres interventions sur le bassin.

Les abcès de la paroi sont moins fréquents si l'on prend soin de préserver les deux lèvres de la plaie par le doublement à l'aide des champs et si l'on change de

gants et d'instruments au moment de la fermeture de la paroi.

2° *Complications urinaires.* — Parmi celles-ci, la première qu'il faut éviter c'est la section de l'uretère. Si l'on a travaillé toujours sous le contrôle de la vue, comme le Maître se plaît à le répéter, elle est évitée facilement. On reconnaît l'uretère à sa couleur blanche, à son calibre, à sa direction et à ses contractions vermiculaires. Certains chirurgiens conseillent, pour faciliter sa recherche, de le cathétériser de sorte que le palper le fait reconnaître à coup sûr. C'est une technique que le Prof^r Faure considère comme complètement inutile et qui n'est pas sans danger. Elle comporte un risque de traumatisation et d'infection.

Nous avons déjà parlé du danger de pincement de l'uretère, au cours de la section du vagin, entre deux étages de pinces. Il serait également possible de le pincer au cours de la ligature de l'utérine ou des branches vésico-vaginales. Nous n'insisterons pas sur une faute grave qui consisterait à comprendre l'uretère dans la ligature de l'hypogastrique. Il n'en est pas de même au cours de la suture du péritoine vésical au vagin, ici le danger est plus grand et il faut prendre garde de piquer l'uretère ou de le prendre dans le surjet.

Enfin la dissection étendue et la dénudation de l'uretère peut déterminer une nécrose de ce conduit; aussi est-il recommandé de le libérer d'assez loin en le suivant par sa face supérieure et interne, sans le tirail-

ler et sans le décoller du fond du bassin. On évite ainsi des escarres dont la chute produirait infailliblement la fistule urétéro-vaginale.

Du côté de la vessie, parmi les complications immédiates qui sont à craindre, nous retiendrons l'ouverture au cours de son décollement. Il se fait presque toujours facilement, mais, dans certains cas, il peut y avoir un envahissement sinon néoplasique du moins inflammatoire, et il faut éviter soit la déchirure par friabilité des tissus, soit l'ouverture par un coup de ciseau malheureux.

Le surjet vésico-vaginal n'est peut-être pas exempt de tout danger à cause du sphacèle toujours possible au niveau de cette zone plus ou moins septique et dont l'irrigation a été diminuée du fait des ligatures.

Nous ferons remarquer ici que les fistules vésicales post-opératoires sont toujours petites et la plupart du temps faciles à fermer, alors que les fistules consécutives à des applications de radium trop intenses ou trop rapprochées, sont toujours vastes et souvent impossibles à guérir. Les tentatives chirurgicales échouent souvent par suite de la mauvaise qualité des tissus irradiés.

3° *Complications intestinales* — La plus importante et la plus fréquente c'est l'occlusion intestinale. Lorsqu'elle est immédiate, elle est due habituellement à un volvulus, la masse intestinale ayant mal repris sa place après fermeture de la paroi et redressement de la patiente dans l'horizontale. Lorsqu'elle est tardive,

elle est due alors à une coudure, à une bride ou à un enclavement par glissement d'une anse dans le petit bassin. Si l'on fait un cloisonnement du bassin au moyen de l'S iliaque cet accident peut être évité. Elle peut être due encore, et l'une de nos observations (Obs. XI) nous en fournit un cas, à des agglutinations des anses grêles produisant des coudures. Une réintervention est alors nécessaire; elle a été suivie de guérison dans notre cas.

3^e REPROCHE : *L'opération de Wertheim ne guérit pas toujours. Les récurrences sont fréquentes.*

A quoi sont dues ces récurrences ? D'abord au danger de section du vagin en tissu envahi, ce qui amène une récurrence fatale au niveau de la cicatrice; ensuite, à l'impossibilité d'extirper en bloc avec l'utérus tout son système lymphatique. Sans nul doute il faut opérer largement. Cette conception a amené certains chirurgiens à vouloir faire des extirpations totales des ganglions, comme on fait un curage de l'aisselle dans le cancer du sein. C'est ainsi que Jonnesco, poussant ce principe à l'extrême, préconisait non seulement l'évidement ganglionnaire mais encore l'extirpation des ganglions iliaques et lombaires.

Cette idée, juste en principe, conduit à une erreur. Sous prétexte d'opérer largement, et d'enlever tout ce qui peut être suspect ou susceptible de provoquer la récurrence, on pratique des opérations d'une gravité extrême et le taux de la mortalité s'élève dans des

proportions considérables. Il faut savoir se limiter et ne pas faire de trop grands délabrements qui sont autant de causes de shock pour les malades.

Le cancer sur le vagin ne s'étend pas au delà de la zone macroscopiquement envahie; il est donc inutile d'enlever la moitié ou les deux tiers supérieurs du vagin. C'est l'opinion du Prof^r Faure basée sur la rareté des récidives sur la cicatrice vaginale, et c'est pourquoi, après s'être rallié à la pratique de Pierre Duval, — hystérectomie vagino-abdominale — l'a-t-il abandonnée. L'ablation d'une collerette obtenue en passant à un centimètre du néoplasme est suffisante. En sectionnant le vagin de la façon que nous avons indiquée — section sous le contrôle de la vue — on se rend compte de l'état de la paroi vaginale.

Le paramètre, au contraire, peut-être envahi à une grande distance de la paroi du col alors qu'il paraît souple et sain. Les voies lymphatiques peuvent transporter des cellules néoplasiques et l'envahissement se faire à distance. Il est donc nécessaire d'enlever largement le paramètre et tout spécialement celui qui accompagne l'artère utérine et l'uretère. Celui-ci doit être libéré soigneusement et refoulé en dehors. Pour enlever ce qu'on nomme son lit, il n'est pas nécessaire de le décoller complètement en dehors.

Quant aux ganglions, ils peuvent être envahis alors même que les culs-de-sac vaginaux et les ligaments larges sont sains, et tel cas qui paraissait favorable voit son pronostic s'assombrir par la découverte de ganglions néoplasiques. Mais les ganglions peuvent

macroscopiquement paraître envahis alors qu'histologiquement ils ne le sont pas.

Certains chirurgiens ont systématiquement examiné histologiquement les ganglions extirpés. Jonnesco les a trouvés envahis dans 61,5 % des cas, Peiser 50 %, Schottlander et Kermauner 47,9 %, Glockner 43 %, Giesecke (de Kiel) 21 % des cas.

Des recherches de Wertheim il résulte que dans 1/3 des cas il n'y avait pas de ganglions apparents. Dans un autre 1/3 les ganglions étaient inflammatoires, et enfin dans le dernier 1/3 (exactement 31,5 %), ils étaient envahis. Mayer, de la Clinique de Tübingen (Döderlein), sur 46 cas opérés, trouve 33,3 % (soit exactement 1/3) de ganglions envahis, 22,2 % de ganglions inflammatoires et pour le reste, soit 44,4 %, il ne trouve pas de ganglions hypertrophiés.

Il semble donc qu'il faille retenir le taux de 1/3 fixé par Wertheim en ce qui concerne les ganglions envahis. D'après lui, les ganglions néoplasiques sont volumineux, durs, blanc grisâtre à la coupe. Il arrive qu'on peut les trouver dans des paramètres élastiques, tandis qu'au contraire on peut dans les paramètres indurés trouver des ganglions sains.

On sait que les lymphatiques du col de l'utérus se rendent : 1° à la chaîne moyenne des ganglions iliaques externes, le supérieur étant en avant de l'origine de l'iliaque interne; 2° aux ganglions hypogastriques qui sont situés dans chaque angle limité par les branches de divergence de l'artère hypogastrique. A ce groupe se rattachent les ganglions sacrés laté-

raux; 3° aux ganglions iliaques primitifs (groupe du promontoire).

Le Dr Douay nous fait remarquer que les ganglions lymphatiques habituellement rencontrés au cours de l'opération de Wertheim n'ont pas la situation indiquée dans les descriptions anatomiques. Ils sont plus en avant qu'on ne le dit habituellement, collés contre la paroi pelvienne dans une zone limitée de la façon suivante : en dehors et en haut la veine iliaque externe, en bas et en dedans l'artère ombilicale. Le pédicule obturateur passe en dehors d'eux, entre le ganglion et la paroi pelvienne. Les ganglions correspondent ainsi à la fossette obturatrice de Valdeyer et sont dans un plan frontal passant par le bord postérieur du col. Ils ne gênent pas pour faire la ligature de l'hypogastrique ; ils sont plus en avant et n'ont pas de rapports directs avec le tronc artériel, mais avec ses branches. Ils ne sont pas dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive, comme on l'a dit.

Il existe habituellement un ou deux ganglions dont la dissection peut se faire sans hémorragie ni lésion vasculaire. Il faut prendre garde en les attirant d'amener le bord de la veine iliaque externe qui ne leur adhère que faiblement, et plus profondément le pédicule obturateur dont le nerf est visible et qu'il faut éviter de couper. Sur le film cinématographique que le Prof^r Faure a fait prendre de l'opération de Wertheim, on voit parfaitement ce nerf au cours de la dissection des ganglions du côté droit.

En extirpant les ganglions il faut éviter de les écraser ou de les déchirer.

Cette ablation est-elle bien nécessaire ? Jonnesco, malgré son évidement pelvien, ne rapporte pas de survie au delà de 2 ans. Wertheim, Veit, Cullen, Pankow, et la plupart des chirurgiens français estiment que l'extirpation des ganglions n'améliore nullement les statistiques. De deux choses l'une : ou bien les ganglions sont inflammatoires et ils ne sont pas dangereux, le processus inflammatoire disparaissant après exérèse de l'utérus, ou bien ils sont cancéreux. Dans ce cas il est impossible de savoir si la barrière qu'ils forment à la dissémination néoplasique est franchie ou ne l'est pas encore. Néanmoins il est préférable de les enlever quand cette dissection est possible.

Donc il ne faut pas perdre son temps à une recherche minutieuse des ganglions, ce qui prolonge l'anesthésie, complique l'hémostase, et crée des délabrements dans les tissus cellulaires pelviens.

La ligne de conduite du Prof^r Faure est la suivante : n'enlever les ganglions que s'il les voit ou les sent très nettement.

DIAGNOSTIC

Avec quoi peut-on confondre un cancer du col de l'utérus ? Deux cas peuvent se présenter. Ou bien il s'agit d'une forme ulcéreuse, ou bien c'est une forme végétante.

Dans le premier cas, le diagnostic est à faire avec :

1° Une métrite chronique avec ulcération. Dans ce cas, et c'est presque toujours facile, il s'agit d'un œuf de Naboth qui a crevé et s'est ulcéré. On a alors les pertes de métrite habituelles très glaireuses. Au toucher le col est gros mais élastique, et l'on peut sentir d'autres œufs de Naboth;

2° Un adénome du col. Le diagnostic est plus difficile et nécessite souvent une biopsie;

3° Une syphilis du col, et c'est alors un chancre qui se présente sous forme d'une ulcération à surface plane, arrondie, à bords nettement limités, ou bien c'est une gomme avec infiltration dure et ulcération plus ou moins creuse à bords décollés;

4° Une tuberculose cervicale. Ordinairement les lésions sont multiples avec plusieurs ulcérations. Exceptionnellement c'est une ulcération à fond blanchâtre, grisâtre, peu saignante, à bords violacés et décollés.

S'il s'agit d'une forme végétante ce peut être :

1° Une métrite avec ectropion de la muqueuse de l'orifice du col. Dans ce cas, au toucher, tout est souple;

2° Une ulcération sénile du fond du vagin, avec sclérose sénile du vagin et parfois brides de coloration blanchâtre;

3° Un polype fibreux descendu dans le vagin et en voie de sphacèle. Il fait saillie, le doigt peut contourner le pédicule et sentir les lèvres du col souples.

Biopsie. — La biopsie est utile comme complément d'observation. Souvent il n'existe aucun doute clinique, et elle révèle une particularité ou une forme anormale, telle cette coïncidence de sarcome et d'épithélioma dont nous avons parlé. Elle est essentiellement utile dans deux cas, quand il s'agit : 1° d'une lésion ulcéreuse du col tout à fait au début, et 2° d'un cancer intra-cervical. Dans ce dernier cas, le prélèvement doit être fait à la curette. Quand la biopsie porte sur le col lui-même, un fragment est détaché à la pince de J.-L. Faure ou à la pince de Ruault. C'est, en général, très facile, rapide, peu douloureux, la patiente ne s'en apercevant souvent pas.

La biopsie est également un moyen de contrôle. Si

elle n'est pas faite systématiquement, quelques erreurs peuvent être faites, et dans ce cas on fait de larges interventions pour des lésions banales. Sans biopsie il n'est en outre plus possible de fournir des statistiques post-opératoires inattaquables. Aussi, à Broca, la biopsie est-elle faite systématiquement.

OPÉRABILITÉ

Dans les statistiques, par opérabilité on entend le pourcentage de cas opérés par rapport à la totalité des cas observés. Elle est assez variable avec chaque statistique. Jacobson, prenant 2.467 cas opérés en Amérique et en Europe, trouve une opérabilité de 65,17 %. Staude, sur 433 cas opérés par Wertheim, Krönig et Zweifel, trouve 52 % d'opérabilité. Mayer donne le taux de 65,3 %, W. Graves 64 %, Berkeley 63 %, Döderlein 59,7 %, Krukenberg 59 %, Pollosson 56 %, Cobb 57 %, Beuttner seulement 38,4 %.

Des recherches faites dans le service du Prof^r Faure par le D^r Douay, recherches portant sur les malades qui se sont présentées à la Clinique pendant les années 1919, 1920 et 1921, il résulte que le taux d'opérabilité a atteint 53,2 %, compte non tenu des femmes qui se sont présentées porteuses d'un cancer tellement avancé qu'elles n'ont même pas pu être soumises à la curiethérapie.

Il ne semble pas qu'il faille augmenter le chiffre d'opérabilité si l'on ne veut pas élever celui de la mor-

talité et des récidives. Il faut limiter les interventions aux néoplasmes où l'utérus est encore mobile.

L'inopérabilité est indiscutable chaque fois qu'il y a adhérence au bassin, que l'utérus est immobilisé complètement. Encore faut-il que ce soit par une masse néoplasique, car il peut s'agir seulement d'infiltration inflammatoire. Dans ce cas, souvent il y a fièvre et le toucher révèle une douleur à la pression des culs-de-sac latéraux. Dans le doute, une laparotomie exploratrice s'impose. Parfois, l'immobilité peut n'être qu'apparente, un col énorme, bourgeonnant, remplissant tout le fond du vagin, peut suffire à bloquer l'utérus. Après curettage des masses néoplasiques on peut avoir une mobilité relative.

Dans les cas où le néoplasme a envahi cliniquement la paroi vésico-vaginale ou recto-vaginale, il ne faut pas penser à l'exérèse. Certains pourtant ont proposé la résection du rectum, l'excision partielle ou totale de la vessie avec réimplantation des uretères dans le rectum (Franklin Martin). La mortalité s'élève tellement, les séquelles sont si fréquentes, et la récurrence habituelle, que M. Faure et beaucoup avec lui considèrent ces interventions comme absolument contre-indiquées.

Cependant, si au cours de l'opération de Wertheim on trouve une infiltration qui n'avait pas été décelée cliniquement, une exérèse plus large peut être tentée. C'est ainsi que M. le Dr Douay, en août 1919, opéra une malade chez qui un néoplasme avait envahi la paroi rectale. Le rectum fut réséqué et un anus iliaque pra-

tiqué. Cette femme est actuellement vivante et présente ainsi une survie de 3 ans 8 mois.

Les bons cas opérables ne sont pas toujours les cas avec lésions apparemment peu développées. Certaines formes très bourgeonnantes, avec un gros champignon faisant saillie dans le vagin, ont peu de tendance à gagner dans la profondeur et deviennent de très bons cas après curettage des bourgeons néoplasiques. L'important alors est de pouvoir du doigt faire le tour de la masse végétante et reconnaître la souplesse et l'intégrité des culs-de-sac vaginaux.

Les cas médiocres sont ceux qui, répondant à la forme précédente, présentent en outre un envahissement en surface de la paroi vaginale des culs-de-sac, le paramètre restant relativement souple et paraissant ainsi indemne. Ces cas font naître parfois des difficultés au cours de l'opération, car au moment du décollement du vagin, celui-ci peut se déchirer dans la zone néoplasique. Médiocres sont encore les cas de néoplasmes à forme ulcéreuse ou endocervicale et plus spécialement à forme infiltrante. Il faut savoir rechercher l'infiltration du paramètre par le toucher. Le doigt suit le bord latéral du col et sent immédiatement au-dessus du vagin une résistance, une zone de consistance ferme. Le toucher rectal fournit la même sensation.

En face d'un paramètre infiltré mais encore opérable le pronostic est douteux. D'après les travaux de Mayer, sur 57 cas où le paramètre était cliniquement envahi, 35 ont récidivé, soit 61,4 %.

On a proposé de se rendre compte de l'état de la vessie par endoscopie, l'infiltration par le néoplasme pouvant être constatée au niveau du triangle de Pawlick. Le Prof^r Faure ne juge pas cette cystoscopie indispensable. En effet on ne trouve habituellement rien, et même quand il existe déjà des troubles vésicaux la rougeur diffuse ou l'œdème du bas-fond sont plutôt en faveur de phénomènes inflammatoires. Le premier symptôme annonçant la propagation vésicale est la vascularisation anormale de la muqueuse. En face de bourgeonnements et de suffusions sanguines on a affaire à une propagation jusqu'à la muqueuse incluse, mais déjà les mictions fréquentes qu'accusent la malade, le ténesme marqué dans la station debout, l'émission d'urines épaisses et purulentes, ont fait prévoir l'envahissement et contre-indiquer l'intervention.

Les signes observés étant toujours tardifs, l'endoscopie vésicale ne nous paraît pas indispensable.

Pour ce qui est des uretères, leur cathétérisme est également superflu. L'uretère est épargné par le néoplasme, il se creuse un lit dans le paramètre infiltré. Pour qu'il y ait gêne dans la circulation urinaire il faut qu'il y ait une infiltration énorme provoquant une constriction. Dans ces cas le toucher vaginal a déjà renseigné sur l'état des paramètres, et l'inopérabilité n'est pas discutable.

Le cathétérisme d'ailleurs ne nous paraît pas sans danger. Même pratiqué par des mains expertes il est toujours susceptible de provoquer un traumatisme de la muqueuse, ouvrant ainsi les portes à l'infection. Or

un point capital dans les suites opératoires, c'est la conservation du bon fonctionnement du système rénal.

Quant à l'examen rectoscopique, il ne présente pas plus d'intérêt. Le toucher rectal et le toucher vaginal permettent suffisamment de se rendre compte de l'état de la cloison et donnent des indications très précises sur l'état de la base des ligaments larges. Le rectoscope permet quelquefois de voir une sorte d'épaississement oedémateux de la muqueuse rectale qui n'est qu'un signe de réaction inflammatoire et non de propagation néoplasique.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

Nous n'insisterons pas sur les soins habituels pré-opératoires. 36 heures avant l'intervention, les poils du pubis ayant été préalablement rasés, la paroi abdominale est soigneusement savonnée puis nettoyée à l'alcool et à l'éther. Un soin spécial est apporté au nettoyage de l'ombilic. Après ce décapage de la paroi, on fait une première application de teinture d'iode au 1/20^e.

Alors que dans certains services on n'intervient jamais sans avoir administré une purgation à la patiente, il est exceptionnel à Broca qu'une malade soit purgée avant une laparotomie. Jamais nous n'avons observé d'accidents imputables à une stase intestinale. On se contente d'administrer la veille, dans l'après-midi, un lavement simple qui est suivi dans la soirée d'un lavage d'intestin. Ce même jour on permet au repas de midi un potage et un peu de purée, le soir, tout au plus, quelque infusion chaude. Le matin de l'opération la malade est laissée complètement à jeun.

Quelques heures avant l'intervention on fait sur la paroi abdominale une nouvelle application de teinture

d'iode au 1/20^e, et l'on recouvre d'un pansement aseptique. Pendant les quelques jours qui précèdent, la malade reçoit matin et soir une injection vaginale chaude, préparée de la façon suivante :

Dans un litre d'eau bouillie, mettre une cuillerée à soupe de la préparation (D^r Douay) :

Hydrate de chloral....	}	aa 10 grammes.
Formol à 40 %		
• Teinture de benjoin....		20 grammes.
Eau bouillie, q. s. pour..		250 grammes

Ces injections, que nous avons vu employer à l'Hôpital Broca, nous ont paru donner toujours d'excellents résultats surtout comme désodorisant des pertes fétales.

TECHNIQUE DU PROFESSEUR FAURE

L'anesthésie. — Depuis 1906, M. le Professeur Faure emploie comme anesthésique le mélange de Schleich, c'est-à-dire un mélange d'éther, de chloroforme et de chlorure d'éthyle dans les proportions suivantes :

Ether sulfurique...	60	} pour 90 gr. de mélange
Chloroforme	20	
Chlorure d'éthyle..	10	

Ce mélange doit être conservé en ampoules scellées ou à défaut dans des flacons lutés. Il est administré au moyen de l'appareil de Gauthier (de Luxeuil), modifié par Elie Faure. La narcose est un peu lente peut-être (15 à 20 minutes), mais calme, la période d'excitation très réduite.

Un petit instrument simple et qui rend dans l'anesthésie générale de grands services, c'est le tube des frères Mayo utilisé à la clinique de Rochester et que Bégouin fit connaître en France. M. Faure l'emploie depuis plus de deux ans. Introduit dans la bouche dès que la résolution musculaire est obtenue, poussé jusque dans le pharynx, il maintient dans sa concavité la

langue appuyée sur le plancher buccal et l'empêche ainsi d'obstruer les voies respiratoires par sa chute en arrière.

Sans être complètement inoffensif, le mélange de Schleich est certainement moins toxique et moins dangereux que le chloroforme qui compte à son actif un certain nombre d'accidents mortels. Il présente une plus grande sécurité, et, depuis qu'il l'emploie, le Professeur Faure n'a pas eu d'accident grave à déplorer. Pas d'alertes sérieuses, pas de syncopes, tout au plus parfois quelques accidents asphyxiques imputables plus à l'anesthésiste qu'à l'anesthésique.

Le réveil est rapide, s'accompagne parfois d'un vomissement mais non répété. Très souvent la patiente ne vomit pas du tout et seules quelques nausées sont observées pendant les quelques heures qui suivent le réveil. En tout cas jamais de ces vomissements qui durent des heures, parfois des jours, et qui sont si pénibles pour les opérées, provoquant une douleur au niveau de la plaie abdominale à chaque effort, et qui peuvent être un danger pour la bonne cicatrisation de cette plaie.

Dans les jours qui suivent l'intervention, rares sont les complications pulmonaires, exceptionnels les accidents toxiques du genre des ictères qu'on observe après la chloroformisation. Le chloroforme qui semble être un poison du foie doit être rejeté d'une façon absolue, la dégénérescence graisseuse de ce viscère ayant été constatée fréquemment au cours d'autopsies dans le cancer utérin.

Certains chirurgiens tendent de plus en plus à remplacer l'anesthésie générale par la rachi-anesthésie. M. Faure n'aime pas ce procédé. Il aime que sa malade dorme et n'assiste pas à son opération.

Dès qu'elle dort suffisamment, dès que la résolution musculaire est obtenue, la malade est sondée. Il importe en effet de vider la vessie pour faciliter les manœuvres qui seront faites sur elle au cours de l'intervention, son décollement notamment.

On procède ensuite au curettage du col néoplasique. S'il s'agit d'un épithélioma avec des bourgeons volumineux, exubérants, on peut se servir d'abord de la curette qui enlève les parties les plus molles. La pince de Ruault permet de morceler les parties les plus résistantes. Le volume du col est ainsi considérablement réduit, ce qui facilitera dans la suite son extirpation. De plus on se débarrasse des tissus friables, sanieux qui sont un danger d'infection ou de greffe cancéreuse au moment de l'ablation de la pièce. Il faut arriver sur les tissus résistants. Le col étant ainsi bien détergé, on badigeonne soigneusement col et vagin à la teinture d'iode forte, puis on enlève l'excès à l'alcool, et on laisse une compresse sèche montée sur une pince à pansement, pour être retirée au cours de l'intervention.

La malade est alors placée sur la table d'opération, en position de Trendelenburg, à peu près à 45°.

Le Professeur Faure, qui opère habituellement avec un seul aide, se fait assister toujours de deux aides pour l'opération de Wertheim. Il se place à gauche de la patiente car il estime qu'à moins qu'on ne soit gau-

cher, on est plus libre des mouvements de sa main droite, en même temps qu'il est plus facile de voir.

Incision. — Elle est longitudinale, médiane, depuis le pubis jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Pfannenstiel, en 1898, dans un but esthétique, préconisa l'incision transversale de la peau et de la gaine des droits. Cette incision laisse ultérieurement une cicatrice qui, la plupart du temps, disparaît cachée dans les poils sus-pubiens. Pratique élégante qui pourtant ne donne pas toujours le résultat esthétique qu'on attendait, en particulier chez les femmes obèses. La pratique est au second rang quand la vie est en danger, et le chirurgien doit moins se préoccuper de la beauté des formes que de la sécurité de son acte opératoire. Pour cela, il faut voir. Or l'incision de Pfannenstiel ne donne pas assez de jour. Au contraire une longue incision médiane permet de voir et d'aborder facilement le petit bassin. D'ailleurs, nous devons le dire, les résultats plastiques après cicatrisation ne sont pas mauvais; la cicatrice est très souvent à peine visible et si tant est qu'elle existe, l'éventration est presque exceptionnelle. En tout cas il est facile d'y remédier ultérieurement. L'incision longitudinale permet de placer la grande valve sus-pubienne de Doyen qui permet une large vue et un facile accès sur les organes pelviens. Lorsque la malade dort mal, « qu'elle pousse », ou bien lorsqu'il s'agit d'une femme obèse avec une paroi abdominale chargée d'un épais panni-

cule adipeux, ou bien encore lorsqu'il s'agit d'un bassin profond, le Professeur Faure a coutume d'employer sa valve à cadre. Elle prend point d'appui sur la valve de Doyen et maintient au-dessus du promontoire tout le paquet intestinal.

Les deux tranches d'incision de la paroi abdominale sont protégées suivant le procédé très simple qui consiste à replier au dedans de l'abdomen les deux champs latéraux et à les fixer ainsi. Certains chirurgiens maintiennent les champs réfléchis sur la face interne de la paroi à l'aide de pinces. Il y a avantage à ne pas encombrer le champ opératoire d'instruments inutiles et c'est pourquoi M. Faure a l'habitude de fixer les champs par deux points au cat-gut traversant chaque lèvre de la plaie.

Ce mode de protection nous semble être à retenir car il évite à la fois l'infection facile de surfaces cruentées et la greffe néoplasique toujours possible.

Trois grandes compresses sont introduites dans l'abdomen; l'une médiane, repousse les anses intestinales au-dessus du promontoire, les deux autres, latérales, remplissent les deux fosses iliaques. Elles protègent en même temps l'intestin de toute souillure et de toute blessure.

Le champ opératoire étant ainsi préparé, il faut commencer par se faire du jour dans le petit bassin et pour cela enlever les annexes. On commence par lier le pédicule utéro-ovarien et le ligament rond, le plus près possible de la paroi pelvienne. Une pince de Kocher est placée le long de l'utérus sur le ligament

large qu'on sectionne de haut en bas près des ligatures. Les pinces de Kocher ainsi placées servent en même temps à l'hémostase et à la préhension de l'utérus. Il faut en effet éviter de saisir l'utérus avec une pince de Museux qui risque de déchirer l'utérus, ce qui ne serait pas sans danger en cas de pyométrie.

Ligature des hypogastriques. — Le Professeur Faure la fait systématiquement. Sur des femmes maigres elle est le plus souvent facile, mais dès qu'il y a un degré prononcé d'obésité elle devient plus laborieuse.

MM. Quénu et Pierre Duval, en 1898, au cours de leurs recherches sur le cancer iléo-pelvien, ont proposé une technique de ligature de l'artère hypogastrique A droite, cette artère reposant sur l'aileron sacré en dedans du bord interne du psoas, ils repèrent de l'index le bord supérieur du sacrum, et à 3 cm. 1/2 de la ligne médiane ils font dans le péritoine une incision de 4 cm. de long, parallèle à la direction des vaisseaux dont ils voient la saillie pulsatile. Ils trouvent les deux artères iliaques, externe et interne, accolées. Leur gaine est incisée, et l'artère hypogastrique dénudée est liée à 2 cm. de son origine. Cette ligature est faite en dedans de l'uretère. A gauche, l'hypogastrique étant recouverte par le mésocolon, ils relèvent le colon pelvien pour pouvoir l'aborder. Si l'anse colique est trop courte ils passent à travers le mésocolon

Proust et Maurer (1913) rejettent l'opération trans-mésocolique pour l'hypogastrique gauche, et jugent la ligature du tronc antérieur insuffisante. Ils lient donc

le tronc commun. Ils commencent par sectionner le pédicule utéro-ovarien et ayant ainsi à ce niveau fait une brèche dans le péritoine qui laisse apparaître l'iliaque externe, ils suivent celle-ci en remontant jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive. L'uretère est repoussé avec la lèvre interne du péritoine ouvert. Le tronc commun de l'hypogastrique est lié en dehors de l'uretère, à 2 cm. de son origine. A gauche, ils pratiquent le décollement du colon pelvien et la ligature est faite comme à droite.

Le Prof^r Faure, profitant de ce que l'extirpation des annexes a ouvert le ligament large, introduit un doigt entre les deux feuillets. Ce doigt pénètre, de bas en haut et de dedans en dehors, dans la base du ligament large jusqu'à la paroi pelvienne. Parfois c'est le pouce de sa main droite qui fait ce travail d'un seul coup. L'uretère reste en dedans, accolé au feuillet postérieur du ligament large.

Souvent l'artère apparaît jaunâtre et pulsatile au fond de la plaie, puis elle se couvre de sang et disparaît aux regards. Mais l'œil du chirurgien l'a déjà repérée et la sonde cannelée va directement sur elle pour la dénuder, afin de passer au-dessous d'elle la petite aiguille de Deschamps dont la courbure a été étudiée par M. Faure pour faciliter cette manœuvre.

L'hypogastrique a un mode de division variable. Pour Farabeuf, il y aurait une seule terminale, la honteuse interne, et toutes les autres branches seraient des collatérales. Poirier décrit un type habituel de bifurcation de l'artère initiale en un tronc postérieur

qui fournit la fessière, l'ilio-lombaire et les sacrées latérales, et un tronc antérieur qui continue la direction de l'hypogastrique. Ce tronc antérieur donne des collatérales qui sont l'obturatrice, l'ombilico-vésicale, l'utérine et l'hémorroïdale moyenne, et deux terminales : la honteuse interne et l'ischiatique. Parfois à ce système de bifurcation se substitue une trifurcation, par suite de la bifurcation prématurée du tronc antérieur. Si le tronc antérieur se bifurque très bas, les branches viscérales partent du tronc antérieur de bifurcation.

Quel que soit le système de division, la ligature porte habituellement sur le tronc antérieur et quelquefois seulement sur les branches viscérales. C'est du moins la pratique du Prof^r Faure.

Cette ligature est faite sans trop serrer, avec deux nœuds. Il s'agit seulement d'arrêter momentanément le cours du sang dans les artères du bassin. Elle n'empêche pas de lier les autres artères coupées ultérieurement, mais elle a surtout pour but de restreindre la circulation sanguine et de rendre l'hémorragie veineuse moins abondante. En conséquence on y voit mieux, la durée de l'opération est écourtée. Dans les cas de bassin étroit, la ligature est rendue difficile (Obs. XIV) et peut n'être pas tentée (Obs. XII). De même quand il se produit une anomalie anatomique, bifurcation très basse par exemple.

Décollement de la vessie. — Le feuillet antérieur du ligament large est attaqué aux ciseaux courbes au

niveau de l'isthme utérin. Le péritoine ainsi sectionné, la vessie est décollée de la face antérieure du col, le plus bas possible, en la repoussant vers le pubis au doigt ou à la compresse. Cette manœuvre est en général facile, mais il faut agir prudemment de peur de déchirer la vessie. S'il existe quelques adhérences, elles sont sectionnées aux ciseaux mousses. En cas de déchirure ou d'ouverture de la vessie la suture est faite immédiatement (Obs. XXIII).

Libération des uretères. — C'est le temps principal mais aussi le plus délicat de toute l'opération. Il consiste à dégager l'uretère du paramètre dans sa portion intraligamentaire jusqu'à son abouchement dans la vessie, de façon à entraîner avec l'utérus tous les éléments cellulaires et ganglionnaires péri-cervicaux (ganglions de Lucas-Championnière).

On sait que l'uretère traverse obliquement, d'arrière en avant et de dehors en dedans, la base du ligament large. Il est croisé par l'artère utérine qui est toujours au-dessus de lui. Le croisement se fait au niveau de la crosse de cette artère, à 15 ou 20 millimètres du bord latéral du col et à 15 millimètres au-dessus et en dehors du cul-de-sac latéral du vagin. L'artère utérine croise l'uretère très obliquement, de sorte que les deux organes peuvent rester parallèles sur une longueur de 1 à 2 centimètres. C'est au niveau de ce croisement que l'artère utérine donne une artère urétérale et immédiatement après la cervico-vaginale qui reste parallèle à l'uretère en dedans de lui. Les vésico-vaginales

naissent avant le croisement. Quant à la vaginale longue, soit qu'elle naisse de l'utérine ou plus fréquemment de l'hypogastrique, elle passe sous l'uretère.

Avec l'artère utérine, au devant de l'uretère, on trouve un peu plus bas deux troncs veineux formés des veines cervico-vaginales et vésico-vaginales supérieures et antérieures. Au-dessous de l'uretère, avec l'artère vaginale longue, on trouve un gros tronc veineux résumant les veines cervico-vaginales et vésico-vaginales postérieures et inférieures. On voit donc que l'uretère est entouré d'un riche réseau artériel et veineux.

Il est accolé à la face profonde du feuillet postérieur du ligament large, et alors que tous les vaisseaux adhèrent intimement au tissu cellulaire il s'en laisse facilement séparer.

La lèvre postérieure de la tranche de section du feuillet postérieur est saisie avec une pince en cœur et entraînée en dedans. En même temps un aide, avec l'écarteur à grande courbure de Pollosson, refoule la vessie sous le pubis. Cette manœuvre tend l'uretère et facilite sa libération. Il apparaît sous forme d'un cordon blanc, gros comme un crayon, contractile. Il est suivi en le dégageant de haut en bas à la sonde cannelée et aux ciseaux mousses. L'artère utérine, avec le tissu qui l'entoure, passe en pont au-dessus de l'uretère. L'instrument mousse soulève ce pont, l'isole, et une pince saisit l'arche externe de ce pont. La ligature de l'utérine porte en amont de son croisement avec l'uretère, toujours au-dessus de l'origine des cervico-

vaginales, souvent au-dessus des vésico-vaginales. Après avoir mis une pince au ras du col et de l'isthme, pour éviter le reflux par la portion cervico-marginale, l'artère est sectionnée. On voit alors au-dessous glisser l'uretère. Il est suivi jusqu'à son aboutissement dans la vessie. Quelquefois, au niveau de la partie latérale du col, il existe un épaissement sinon néoplasique, du moins inflammatoire, qui enveloppe l'uretère comme une sorte de tunnel, mais l'uretère n'adhère pas à cette gangue résistante.

Dans ses deux derniers centimètres l'uretère est suivi par des branches vésico-vaginales qui viennent de l'utérine en amont de la ligature et qui atteignent la paroi vésicale dans la zone voisine de l'aboutissement de l'uretère, non seulement en dehors mais aussi en dedans, vers la ligne médiane irriguant aussi la partie adjacente du vagin. Des rameaux veineux les accompagnent. C'est à cet ensemble de vaisseaux, qui saignent quand on les coupe, que le Prof^r Faure donne le nom de vaisseaux de la corne vésicale. Ce pédicule est isolé et pincé au-dessus de l'uretère, puis sectionné en dedans de la pince. En tirant sur la pince en dehors, l'uretère se trouve dégagé, de sorte que tout le paramètre situé au-dessous et en dedans reste adhérent à l'utérus et au vagin.

Comme c'est presque toujours par le côté droit qu'il a été commencé, le même temps est répété à gauche où l'uretère est souvent plus rapproché du col et plus difficile à trouver.

Dans certains cas il se produit, au cours de la re-

cherche de l'uretère dans son trajet intrafigamentaire, une hémorragie veineuse qui a moins d'importance par elle-même que par la nécessité d'éponger. S'il y a un suintement persistant on tamponne et on passe à l'autre côté pour y revenir ensuite et terminer. De cette façon pas de perte de temps.

Section des ligaments utéro-sacrés. — Nous devons à l'obligeance du D^r Douay cette note sur les ligaments utéro-sacrés :

« Ils comprennent deux faisceaux distincts : Un
« premier faisceau, supérieur, directement visible sous
« le péritoine. Dépendance de la lame sacro-recto-
« genito-pubienne, il est formé de faisceaux fibreux
« avec quelques fibres musculaires; il joue un rôle de
« soutien très important pour le col de l'utérus et le
« dôme vaginal. Aussi voit-on nettement l'utérus s'éle-
« ver de quelques centimètres au moment de la section
« de ce ligament. Cette partie ne comprend que très
« peu d'éléments vasculaires.

« Un deuxième faisceau, inférieur, plus profondé-
« ment situé; il apparaît lorsque le faisceau sous-
« péritonéal a été coupé. Dépendance de la gaine
« hypogastrique, il est formé d'une lame vasculo-
« conjonctive à direction oblique en arrière et en
« dehors. Cette lame contient des rameaux artériels
« pour le vagin venus de l'hémorroïdale moyenne, et
« surtout les premiers rameaux pour le vagin de la
« vaginale longue.

« L'artère vaginale longue, inconstante, née habituellement de l'hypogastrique directement ou de l'hémorroïdale moyenne, descend en bas, en dedans et en avant, parallèle et sous-jacente à l'uretère, un peu plus interne que lui. Elle donne une série de branches transversales qui se portent en dedans vers la paroi vaginale. Quelques chirurgiens (Descomps, Desplats) ont conseillé de lier séparément ce pédicule artériel en cherchant la vaginale longue au-dessous et en dedans de l'uretère. Cette recherche met en danger les gros plexus veineux utérins sous-urétriques.

« Le Prof^r Faure, dans la dissection de l'uretère, respecte ses connexions avec ces vaisseaux sous- ou rétro-urétriques; il repousse l'uretère en dehors, sans chercher à le décoller des tissus sous-jacents. Les premières branches qui proviennent de la vaginale longue, qui vont à la partie toute supérieure du vagin et dont l'hémostase est nécessaire dans l'opération de Wertheim, sont pincées avec le faisceau profond du ligament utéro-sacré. La pince est mise entre l'uretère et la première pince qui vient de saisir le faisceau supérieur utéro-sacré ».

Par la traction sur l'utérus on voit se tendre les ligaments utéro-sacrés. A droite et à gauche le faisceau superficiel est d'abord lié au moyen d'un cat-gut chargé sur l'aiguille à pédale, puis sectionné. L'utérus monte déjà un peu plus, mais son ascension n'est réelle que

lorsque le décollement recto-vaginal ayant été effectué, le faisceau profond a été sectionné à son tour.

Ouverture du vagin. — C'est un temps qui demande certaines précautions à cause de sa septicité. Un petit champ est introduit dans le petit bassin, de façon à protéger les surfaces cruentées. A travers la paroi vaginale le col de l'utérus est facilement senti. Il n'est pas nécessaire d'ouvrir le vagin loin du col, comme certains le conseillent. A un bon centimètre seulement, les ciseaux ouvrent une boutonnière dans le plafond vaginal. Les deux lèvres sont repérées en les saisissant avec les pinces à plateaux de J.-L. Faure et une mèche de gaze est introduite dans le vagin. La section circulaire est poursuivie sous le contrôle de la vue, et au fur et à mesure l'utérus est basculé en arrière, de façon que le col évidé par le curettage contienne dans sa cavité agrandie par la collerette vaginale les liquides septiques qui sont un risque d'infection ou de greffes de parcelles cancéreuses. Cette section est toujours blanche. L'utérus est ainsi enlevé en bloc avec tout son paramètre.

Recherche des ganglions. — Nous avons déjà signalé ce que le P^r Faure pense de l'extirpation totale des ganglions. Il se borne à enlever ceux qu'il voit ou sent, portant principalement son attention sur ceux de la région répondant à la fossette obturatrice.

Hémostase. — L'hémostase de toutes les surfaces

cruentées doit être parfaite. La compression par la valve sus-pubienne de Doyen, la position déclive de la patiente sont trompeuses et cette valve enlevée et la malade replacée en horizontale, des hémorragies veineuses peuvent se produire. Une hémostase mal faite expose à l'infection des espaces cellulaires dénudés. Les hémorragies veineuses dans les tissus des bas-fonds du pelvis sont malaisées à tarir. Souvent les ligatures sont difficiles à cause de la profondeur du bassin. Dans ces cas, le Prof^r Faure a accoutumé de faire des ligatures en bloc avec les agrafes métalliques de Michel. Ce procédé consiste à employer une agrafe constituée d'un fil d'argent de 7-10^e de millimètre de section, en forme d'U, semblable à celles qu'on emploie pour le brochage métallique. Cette agrafe est insérée entre les deux cornes de la mâchoire femelle de la pince spéciale qu'inventa Michel. Le vaisseau entouré de tissu cellulaire est saisi entre ces deux cornes et la mâchoire mâle, en venant appuyer sur les deux branches de l'agrafe, les rabat, et le vaisseau se trouve ainsi pincé. Cette hémostase obtenue d'un seul coup est parfaite. La difficulté de passer un fil et de serrer un nœud au fond du bassin est résolue. M. Faure a une telle confiance en cette ligature métallique que dans un cas (Obs. XVIII) l'artère utérine fut liée par ce procédé. Jamais ces ligatures perdues n'ont été cause d'accidents.

L'hémostase des ligaments utéro-sacrés (plan profond) est particulièrement difficile. Aussi quelquefois

des pinces à demeure sont laissées et retirées au bout de 48 heures (Obs. IX et XXIII).

Péritonisation. — Il s'agit de réparer les brèches faites dans le péritoine. Il a été en effet sectionné latéralement le long des parois pelviennes, en avant à la face postérieure de la vessie, et, en arrière à la face antérieure du rectum. De larges surfaces sont dénudées qu'il faut recouvrir.

M. Faure emploie le procédé dit de Bumm, quoiqu'il fut décrit déjà par Gosset en 1908. Il consiste à pratiquer : 1° une suture du péritoine vésical à la tranche de section de la paroi antérieure du vagin; 2° une suture du péritoine rectal à la tranche de la paroi postérieure du vagin. Ainsi les décollements vagino-vésical et vagino-rectal sont comblés. 3° Enfin, les ligaments larges restant largement ouverts, il reste à fermer leur base par une suture du feuillet antérieur au feuillet postérieur. L'uretère est enfoui, et il est à craindre de le piquer ou de le prendre dans le surjet. L'angle supérieur est particulièrement soigné, car il importe de ne pas laisser de communication entre la cavité abdominale et les espaces sous-péritonéaux cruentés. Le dernier point sur l'angle du vagin le resserre un peu; 4° Suture du péritoine vésical au péritoine du cul-de-sac de Douglas.

Drainage et fermeture. — Dans les cas favorables, lorsque l'opération n'a pas été trop longue et trop difficile, que l'hémostase paraît complète et que par là

l'infection ne semble pas devoir être à craindre, le drainage est seulement assuré par la mise en place dans le vagin d'un petit drain à ailettes de Douay. Il permet l'évacuation du léger suintement sous-péritonéal qui est de règle dans les jours qui suivent, en même temps qu'il est une sécurité au cas où une petite hémorragie veineuse se produirait. Il est facilement enlevé, sans grande douleur pour la malade.

La fermeture de la paroi se fait en 3 temps, les opérateurs ayant changé de gants et utilisant des instruments n'ayant pas servi au cours de l'opération.

1^{er} temps. — Surjet sur le péritoine pariétal.

2^e temps. — Suture par un surjet du plan musculo-aponévrotique, après mise en place de 3 crins doubles tranfixant les deux lèvres de la paroi et qui liés sur un bourdonnet de gaze assurent, après fermeture complète, la parfaite coaptation des deux lèvres de la plaie.

3^e temps. — Suture des téguments au moyen d'agrafes métalliques de Michel.

Dans les cas moyens, pour obtenir un tamponnement hémostatique en même temps qu'un drainage de la cavité sous-péritonéale, le Prof^r Faure place dans la base des ligaments larges une mèche qui sortant par le vagin est retirée pour moitié au bout de 24 heures et pour le reste les 2^e et 3^e jour. La péritonisation est faite par dessus cette mèche. Dans ces cas il faut isoler la cavité abdominale de la cavité pelvienne. L'anse

sigmoïde est basculée en dedans et fixée par un surjet au péritoine vésical et latéral. Ce procédé évite le drainage abdominal et permet l'évacuation par le vagin des sécrétions pelviennes.

Dans les cas graves, quand l'opération a été longue et difficile, qu'il y a crainte d'infection, soit par ouverture de la vessie (Obs. XXIII), soit par la constatation d'une forte réaction inflammatoire, quand l'hémostase a été difficile et que des hémorragies sont possibles, en face de ce double danger il est fait un drainage vaginal par mèche et drain, et un drainage abdominal au moyen d'un pansement de Mikulicz.

Nous avons vu employer beaucoup le Mikulicz à l'Hôpital Broca et nous estimons que c'est là un excellent mode de drainage. Nous sommes convaincus que certaines malades ont dû leur guérison à l'opportunité de son emploi. Le drainage est fait largement, le pus est absorbé par capillarité et il ne se fait pas de rétention.

A partir du 6^e jour, les adhérences sont suffisantes pour faire un grand lavage quotidien à l'eau oxygénée diluée, et il est facile ainsi de maintenir le pansement propre.

Dans le cas qui nous occupe, dans l'opération de Wertheim, on travaille toujours dans un milieu plus ou moins septique, surtout après l'ouverture du vagin quelle que soit la désinfection soigneuse qu'on en ait faite. Même si l'on ne voit pas de pus, un ensemencement pelvien est presque fatal. S'il s'agit d'un microbe banal, la malade fait les frais d'une infection qui se

manifeste par une petite réaction fébrile pendant quelques jours, mais s'il s'agit d'un germe virulent, le streptocoque par exemple, la situation est grave. Aussi le Prof^r Faure a-t-il soin, chaque fois qu'une opération de Wertheim a été quelque peu difficile et longue, de ne pas faire le grand surjet vésico-sigmoïdien qui cloisonne le bassin, et de placer un Mikulicz. C'est là une mesure de prudence dont les résultats justifient l'opportunité.

Double, peut être le but de ce pansement. Quand, dans un bassin profond, étroit, l'hémostase est difficile à assurer, quand les tissus sont friables et ne permettent même pas de placer des ligatures métalliques de Michel, un Mikulicz avec plusieurs mèches suffisamment tassées dans le sac y supplée. Ce procédé permet de laisser des pinces à demeure, si on le juge utile.

En général ce pansement est retiré vers le 10^e ou 12^e jour; la cicatrisation se fait lentement et est complète au bout d'un mois. La fistulisation de la paroi est exceptionnelle. L'éventration n'est pas fatale, et, si elle existe, il est facile d'y remédier, et c'est là un inconvénient de peu d'importance eu égard au danger qu'a couru la patiente.

SUITES OPÉRATOIRES

Les causes pour lesquelles les malades succombent parfois sont le *shock* et les hémorragies. Or, si l'on suit la technique que nous venons d'exposer — anesthésique peu toxique, opération rapide, ligature des hypogastriques, — on s'entoure d'un maximum de sécurité.

Parmi toutes les observations que nous avons recueillies nous voyons que les suites opératoires ont été en général bonnes.

Voici les soins qui sont habituellement donnés, dans le service de notre Maître, aux opérées pour cancer du col de l'utérus.

Les deux premiers jours seulement, la malade reçoit un centigramme de chlorhydrate de morphine en deux injections sous-cutanées, moitié dans l'après-midi, moitié dans la soirée vers 8 heures. C'est exceptionnellement que la morphine est continuée dans les jours qui suivent. Pour l'évacuation des gaz dont la rétention est toujours douloureuse pour les opérées, le lendemain de l'intervention, après un suppositoire à la quinine, une sonde rectale est introduite, que l'on retire

et réintroduit plusieurs fois dans la journée. 48 heures après l'intervention, la malade reçoit un lavement huileux, 60 à 80 grammes d'huile d'olives additionnée d'une égale quantité d'eau. Il est renouvelé le lendemain en cas d'insuccès et parfois suivi de l'administration d'une légère purgation d'huile de ricin.

Pour ce qui est du drain vaginal, quand il existe, il est retiré au bout de 48 heures. S'il s'agit d'une mèche de gaze, elle est retirée à moitié au bout de 24 heures, raccourcie encore le lendemain et enlevée complètement le 3^e jour.

La vessie demande une surveillance, car c'est surtout les complications urinaires qui sont fréquentes. En effet, la vessie ayant été privée d'une partie de son innervation au cours de l'intervention, il en résulte une parésie qui se traduit par une rétention, du moins pendant quelques jours. C'est pourquoi il est indiqué de laisser à la malade une sonde à demeure. L'infection vésicale constitue un danger du fait d'une infection ascendante possible. Aussi a-t-on l'habitude de faire, tous les 2 ou 3 jours, un lavage de la vessie avec une solution de nitrate d'argent au 1/2000^e, et d'instiller consécutivement 5 centimètres cubes d'huile goménolée stérilisée (Obs. IV). La sonde à demeure est changée tous les 3 jours et supprimée le 8^e jour.

Si la vessie a été traumatisée au cours d'un décollement laborieux du péritoine vésico-utérin, il peut s'ensuivre du sphacèle qui laisse une fistule. Les fistules entretiennent l'infection vésicale (Obs. I), et les lavages doivent être continués assez longtemps. La fer-

meture spontanée des fistules s'observe (Obs. XVIII et XXIV). Les fistules urétérales, résultant du sphacèle provoqué par la dissection de trop près, apparaissent habituellement du huitième au neuvième jour, rarement plus tard. Elles ont une tendance à s'oblitérer d'elles-mêmes.

Les complications cardiaques sont rares. Dans les cas où l'on constate une défaillance cardiaque on a recours à l'huile camphrée, la spartéine et la digitale.

Crins et agrafes sont enlevés ordinairement du 10^e au 12^e jour, suivant le degré d'embonpoint de l'opérée. Le Prof^r Faure, qui est partisan du lever précoce, l'autorise vers le 14^e jour, chaque fois que les suites opératoires sont sans incident.

Les suites sont en général apyrétiques. Dans certains cas, on observe une légère ascension thermique que rien n'explique. Après une légère purgation la température retombe à la normale (Obs. VII).

OBSERVATIONS

Nous avons recherché dans le service du Prof^r Faure, à l'Hôpital Broca, les cas d'opération de Wertheim pendant l'année 1921 et le premier semestre de l'année 1922. Nous avons ainsi recueilli 25 observations que notre Maître a bien voulu nous autoriser à publier ci-dessous. Nous les avons classées, suivant la mention qu'elles portent, par « cas bons », « cas moyens », « cas mauvais ».

Nous nous bornerons à rapporter les comptes rendus de chaque intervention et les incidents post-opératoires, laissant de côté l'histoire de chaque malade.

CAS BONS

OBSERVATION I

M^{me} V..., 47 ans, entrée le 24 janvier 1921.

Forme bourgeonnante. Biopsie = épithélioma.

Début remontant à juin 1920. Col dur bourgeonnant, saignant. Pas d'induration des culs-de-sac.

Opération le 1^{er} février 1921. P^r Faure.

1° Curettage des bourgeons cervicaux.

2° Wertheim typique avec ligature des deux hypogas-

triques. Pas de ganglions à droite. On enlève le long des vaisseaux iliaques gauches 2 ganglions qui ne paraissent pas néoplasiques.

Péritonisation facile faite uniquement à l'aide des deux feuillets du ligament large, sur les côtés et sur la ligne médiane, en suturant le péritoine du Douglas au péritoine vésical. Il n'a pas été nécessaire de péritoniser en se servant de l'S iliaque. Ni drain, ni mèche.

Fermeture de la paroi par plans, sans drainage. Suites immédiates bonnes. Le 11^e jour pertes d'urine, puis rétention le 16^e jour.

Le 17^e jour. Fistule vésico-vaginale et uretéro-vaginale gauche. La malade perd ses usines par le vagin.

Infection urinaire; lavages de vessie.

Fermeture spontanée de la fistule vésicale.

Sortie le 5 mars 1921.

Trois mois après (3 mai). Néphrectomie gauche.

Vingt jours après. Calculs vésicaux enlevés par lithotripsie.

Sortie le 26 mai. En bonne santé.

1922. Métastase cervicale. Décédée à l'Hôpital Beaujon le 30 octobre 1922.

OBSERVATION II

M^{me} M..., 35 ans. Entrée le 22 février 1921.

Forme bourgeonnante. Les culs-de-sac étaient parfaitement souples.

Opération de Wertheim (M. le P^r Faure). 26 février 1921.

Au début de l'anesthésie, ablation à la pince à morcellement de la majeure partie de la tumeur. Iodage du vagin.

L'ablation de l'utérus s'exécute de façon parfaite, très schématique, après ligature des deux hypogastriques.

Extirpation de deux petits ganglions assez durs du côté droit.

Péritonisation du petit bassin. Fermeture habituelle de la paroi.

Suites opératoires bonnes. Sondages vésicaux pendant 8 jours. Sortie le 2 avril (35^e jour).

Revue le 17 janvier 1922. A grossi de 10 kilogs depuis sa sortie.

Revue le 18 janvier 1923. Bon état général et local.

OBSERVATION III

M^{me} veuve R..., 31 ans. Entrée le 23 février 1921.

Le début remonte à 3 ou 4 mois.

Petite nodosité dure sur le col utérin atteint de métrite.

Syphilis traitée. Mobilité de l'utérus parfaite.

Biopsie le 18 février. Cellules épithéliales anormales; figures karyocinétiques.

Opération de Wertheim le 5 mars par le P^r Faure.

Ligature des hypogastriques. Dissection des uretères facile.

Un suintement veineux s'arrête après le surjet vagino-vésical et vagino-rectal.

Péritonisation complète par-dessus une mèche vaginale.

Sortie le 25^e jour.

Revue le 18 janvier 1922. Culs-de-sac souples; pas de douleurs; pas d'hémorragies. Etat général parfait.

Actuellement (2 ans après), cette femme qui s'est remariée, va très bien.

OBSERVATION IV

M^{me} F..., 35 ans. Entrée le 17 mai 1921.

Début septembre 1919.

Forme bourgeonnante; tumeur en chou-fleur; culs-de-

sac droit et postérieur envahis par la masse bourgeonnante.

L'utérus est encore mobile.

Opération de Wertheim le 25 mai (P^r Faure).

Curettage préalable du col.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Valve à cadre, la malade dormant mal.

Ligatures faciles des 2 hypogastriques en commençant par le côté droit.

Dissection de l'uretère droit rendue difficile par une hémorragie veineuse très abondante; volumineux ganglions au niveau de l'utérine.

Dissection de l'uretère gauche plus aisée, extirpation d'un petit ganglion collé à l'uretère.

Péritonisation. Mèche vaginale tassée dans la base des ligaments larges et cloisonnement du bassin par surjet de l'anse sigmoïde au péritoine vésical.

Fermeture complète en 3 plans sans drainage abdominal.

Suites normales. Légère cystite. Sortie le 32^e jour.

Revue en novembre 1922 (18 mois après). En très bon état.

OBSERVATION VII

M^{me} S..., 51 ans. Entrée le 24 août 1921.

Forme infiltrante.

Opération le 30 août 1921. (D^r Douay).

Technique habituelle de J.-L. Faure avec ligature des deux hypogastriques.

Opération facile; exsangue; pas d'infiltration perceptible au palper dans le paramètre; pas de ganglions perceptibles le long du pédicule iliaque externe.

Après les deux surjets vésico-vaginal et recto-vaginal, l'état satisfaisant des deux brèches latérales permet leur

péritonisation complète. Surjet colo-vésical d'exclusion du pelvis; drain vaginal.

Fermeture abdominale en 3 plans.

Pièce : Elle montre que les limites du néoplasme intra-cervical qui occupe toute l'étendue du canal cervical ont été dépassées largement.

Suites opératoires. Le 3^e jour, temp. : 39°. Une purgation est administrée. La température revient à la normale 48 heures après.

Sortie le 25 septembre 1921 (le 27^e jour).

Décédée depuis (Asile de Villejuif).

OBSERVATION IX

M^{me} M..., 48 ans. Entrée le 30 septembre 1921.

Malade ayant déjà subi une hystérectomie subtotale pour fibrome en 1913.

Biopsie. Epithélioma pavimenteux tubulé.

Opération difficile le 15 octobre (Prof^r Faure).

On passe par l'ancienne incision abdominale. Le col est attiré difficilement. La malade est très grasse et respire mal. Mise en place de la valve à cadre et de deux écarteurs de Pollosson.

Les uretères ne sont pas vus au milieu des adhérences et du tissu de cicatrice.

Deux pinces à demeure sont laissées sur le ligament utéro-sacré gauche.

Mèche vaginale et cloisonnement du bassin par surjet vésico-colique.

Suites opératoires. Très bonnes. Sortie le 27^e jour.

Revue le 15 décembre. En bon état.

Revue en février 1922. Bon état général.

Revue le 15 juin 1922. En bon état. Cicatrice souple. Rien de spécial.

Revue le 21 décembre 1922 (15 mois après). Bon état local et général.

OBSERVATION XI

M^{me} P..., 38 ans. Entrée le 18 octobre 1921.

Début juillet 1921.

Col augmenté de volume, assez dur; culs-de-sac souples; mobilité conservée.

Biopsie : épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Opération de Wertheim le 28 octobre (P^r Faure).

Technique habituelle.

A noter en particulier l'absence de vaisseaux vésicaux à droite. Libération des uretères facile. Extirpation de ganglions.

Examen histologique de la pièce : épithélioma à globes épidermiques avec adénome du col végétant moyennement. Dans les ganglions métastase de glandes adénomateuses.

Suites opératoires : mouvementées. Mèche vaginale enlevée partiellement le second jour et totalement le quatrième jour. Les gaz reprennent difficilement leur cours; sonde rectale.

Au septième jour, douleurs abdominales; vomissements bilieux; phénomènes d'ailleurs peu intenses. Ventre ballonné. On peut voir les mouvements intestinaux dans la région supérieure et gauche de l'abdomen. Il s'agit manifestement d'une occlusion intestinale.

La température est remontée autour de 38°.

Le huitième jour on ouvre les sutures abdominales.

Intestin grêle distendu, rouge; occlusion par agglutination des anses grêles d'aspect grisâtre; sorte de fausse membrane produisant une coudure à cet endroit. L'obstacle est facilement levé. Nettoyage de l'anse à l'éther. On

replace le grêle et on le maintient par un Mikulicz enduit d'huile goménolée.

Paroi fermée aux $\frac{3}{4}$ par fils de bronze. Deuxième jour amélioration notable; Mikulicz enlevé le huitième jour. Guérison sans complications. Fin décembre 1922, en bon état (14 mois après).

OBSERVATION XII

M^{me} G..., 40 ans. Entrée le 9 novembre 1921.

Début remontant à deux mois. Col gros, irrégulier, mais souple, donnant l'impression de métrite. Lésion minime.

Biopsie : épithélioma pavimenteux lobulé de la lèvre antérieure.

Malade ayant déjà subi une fixation utérine et appendicectomie.

Opération de Wertheim (P^r Faure) le 12 novembre 1921.

La malade dormant mal on doit mettre aussitôt la valve à cadre.

Durant l'ablation des annexes (la gauche très adhérente par annexite ancienne), hémorragie veineuse assez abondante et gênante.

Ligature de l'hypogastrique droite très malaisée à cause de la profondeur du bassin. Aussi ne cherche-t-on pas à pratiquer la ligature de l'hypogastrique gauche.

Dissection de l'uretère droit très aisée; à gauche moins facile, car de ce côté les tissus sont assez sclérosés par des adhérences annexielles anciennes. On trouve l'uretère relativement très antérieur.

Section des ligaments utéro-sacrés.

Surjets vaginaux antérieur et postérieur. Péritonisation par surjet colo-vésical. Mèche vaginale.

Etant donné le stade de début de la lésion on ne cherche pas à éviter les territoires ganglionnaires.

Suites opératoires bonnes. Sortie le 12 décembre (30^e jour) en très bon état.

Revue le 28 juin 1922. Etat général et local parfait; cicatrice souple, indolore.

Hospitalisée du 2 au 25 novembre 1922 pour adénite cervicale avec fièvre (origine inflammatoire, pharyngée).

Revue décembre 1922 (13 mois après). Très bien.

OBSERVATION XIII

M^{me} M..., 45 ans. Entrée le 16 novembre 1921.

Début août 1921. Fibrome traité par Rayons X (D^r Lehmann) en 1919 et 1920 : de novembre à avril; 4 séries; ménopause à la 4^e série.

Forme bourgeonnante; base des ligaments larges souple; tendance à gagner vers la vessie.

Biopsie octobre 1921 : épithélioma pavimenteux tubulé.

Opération de Wertheim le 19 novembre 1921. P^r Faure.

Appendicectomie; appendice très long, gros, turgescent, vascularisé.

Ligature des hypogastriques. Pas d'incident. La recherche et la dissection des uretères est assez facile. Peu d'hémorragie.

Pas de ganglions.

Surjet vagino-vésical et vagino-rectal.

Péritonisation par-dessus une mèche vaginale.

Suites immédiates bonnes.

Le 13^e jour. Rupture de la cicatrice (pansement insuffisamment serré) et éviscération du grêle.

Réduction et suture en un plan.

Suites bonnes. Sortie le 26 janvier 1922. 38^e jour.

Revue le 16 mai 1922. Très bon état général. Au tou-

cher culs-de-sac souples, indolores. Pas de pertes. Paroi abdominale parfaite, pas d'éventration.

Revue le 8 novembre 1922. Très bon état local et général, a grossi de 8 kilogs.

OBSERVATION XIV

M^{me} G..., 54 ans. Entrée le 16 novembre 1921.

Début : 6 mois.

Col augmenté de volume. Sur la lèvre postérieure petite ulcération irrégulière, saignante.

Biopsie positive (faite en ville).

Opération de Wertheim (P^r Faure), technique ordinaire.

Femme assez maigre. Bassin étroit qui rend assez difficile la découverte des hypogastriques, surtout à gauche. Peu d'hémorragie.

La ligature des pédicules utéro-sacrés est faite avant l'ouverture du vagin.

A l'ouverture du vagin on voit nettement la lésion qui descend sur l'insertion postérieure du vagin sur le col et la section passe très au-dessous. Surjets vésico-vaginal et vagino-rectal.

Pas de mèche vaginale. Péritonisation complète.

Examen histologique de la pièce (17/12 1921) : carcinome du col.

Suites opératoires très bonnes. Rétention partielle au 8^e jour, pendant huit jours.

Sortie le 15 décembre 1921 (18^e jour).

Revue le 24 mai 1922. Souffre à gauche. Pas d'induration suspecte. Bon état Sciatique ancienne.

Au spéculum : bourgeons charnus simples.

Revue le 1^{er} décembre 1922. Etat parfait.

OBSERVATION XVII

M^{me} D..., 37 ans. Entrée le 18 février 1922.

Début remontant à deux mois. Amaigrissement très marqué. Forme bourgeonnante et intracervicale. Mobilité complète.

Biopsie le 23 février 1922. Cancer lobulé du col.

Opération de Wertheim le 25 février 1922 (P^r Faure).
Ligature facile des hypogastriques.

Dissection aisée de l'uretère droit d'abord, puis de l'uretère gauche plus adhérent et qui est attiré contre la paroi utérine.

Pas de ganglions hypogastriques.

Péritonisation complète sur mèche vaginale.

Pièce très belle.

Suites opératoires très satisfaisantes. Sortie le 17^e jour.

Revue le 11 janvier 1923 (11^e mois après). Etat général excellent. Elle a repris 10 kilogs depuis l'opération. Etat local parfait; cicatrice souple.

OBSERVATION XVIII

M^{me} R..., 53 ans. Entrée le 22 février 1922.

Forme bourgeonnante. Bonne mobilité.

Biopsie : épithélioma. ✓

Opération de Wertheim après curettage préalable (P^r Faure) 4 mars.

Opération difficile en raison de l'adiposité de la patiente.

A l'ouverture de l'abdomen, la découverte des organes du petit bassin est rendue très difficile par l'épaisse couche adipeuse pariétale qui glisse sous la valve de Doyen.

La valve à cadre est nécessaire.

Pas de ligature des hypogastriques.

Dissection et recherche de l'uretère droit difficile en raison de la graisse. Ligature de l'utérine de ce côté par un fil qu'on a peine à passer dans l'épaisseur des tissus.

A gauche la ligature de l'utérine est faite avec une agrafe métallique de Michel.

Décollement vésico-utérin facile.

Pincement par clamp des ligaments utéro-sacrés et section. Ouverture et section du vagin. Une des pinces utéro-sacrées lâche. Pincement des points qui saignent. Pas de péritonisation qui serait extrêmement difficile. Deux pinces à demeure abdominales. Mikulicz très serré formant tamponnement par trois mèches.

Fermeture par un surjet péritonéal et trois crins doubles.

Suites bonnes. Pinces à demeure enlevées au bout de 48 heures. Mikulicz enlevé le 9^e jour.

Petite fistule urinaire fermée spontanément. Sortie le 54^e jour.

Revue le 6 mai. Fistule réouverte. Examen cystoscopique (D^r Leroy) serait fistule latérale uretère gauche.

Sortie le 3 juin. Fistule de nouveau fermée. Etat général et local satisfaisant.

OBSERVATION XXII

M^{me} S..., 57 ans. Entrée le 27 mars 1922.

Forme peu bourgeonnante, mobile, cul-de-sac postérieur induré.

Biopsie : cancer tubulé du col.

Opérée le 1^{er} avril 1922 par le P^r Faure.

Opération de Wertheim satisfaisante. A l'ouverture adhérences inflammatoires du fond de l'utérus aux anses intestinales. Ces adhérences lâches sont facilement séparées.

Ligatures des hypogastriques. Ligaments larges, souples.

Pas d'adénopathie nette. Un petit ganglion est néanmoins prélevé de chaque côté, mais paraissant indemne.

Mèche vaginale, péritonisation par-dessus.

Fermeture sans drainage abdominal.

Intervention rapide (50 minutes).

Examen de la pièce enlevée. Le néoplasme a débordé sur la paroi vaginale, mais la section du vagin passe partout au delà de la limite des tissus malades.

Suites très satisfaisantes. Sortie le 19^e jour.

Revue le 22 novembre 1922 (7 mois après). Très bon état général et local.

OBSERVATION XXIII

M^{me} C..., 29 ans. Entrée le 26 avril 1922.

Début en février. Col gros, dur, bourgeonnement volumineux sur la lèvre antérieure. Mobilité conservée.

Biopsie faite en mars par le D^r Siredey.

Opérée le 3 mai 1922 par le P^r Faure.

Malade ayant eu antérieurement une ligamentopexie.

Wertheim facile. Ligature des hypogastriques.

La vessie adhérente à la paroi et aux ligaments ronds fixés est ouverte au niveau de son sommet. Suture en 2 plans; le 2^e, péritonéo-pariétal

Pas de ganglions.

Péritonisation possible latéralement seulement. Pansement de Mikulicz. Sonde vésicale à demeure.

Examen histologique de la pièce : cancer au début.

Suites opératoires très bonnes. Mikulicz enlevé le 8^e jour.

Sortie le 30^e jour. Cicatrisation presque complète.

Revue le 25 octobre 1922. Très bon état local et général.

Revue le 28 février 1923 (10 mois après). Très bien.

CAS MÉDIOCRÉS

OBSERVATION V

M^{me} veuve L..., 37 ans. Entrée le 6 juin 1921.

Début en janvier.

Forme bourgeonnante. Utérus encore mobile, cul-de-sac gauche suspect.

Wertheim le 11 juin 1921 par le P^r Paure.

Ligature des hypogastriques.

Dissection des uretères assez facile.

Ablation de trois volumineux ganglions.

Fermeture sans drainage.

La pièce montre qu'une collerette vaginale dépasse de plus de deux centimètres les lésions cervicales au point où elle en est le plus rapprochée.

Les deux ganglions juxta-cervicaux de Championnière envahis sont nettement visibles.

Suites normales. Légère cystite. Sortie le 49^e jour.

Revue le 13 avril 1922. Très bien, mais se plaint de la vessie.

Revue le 6 juin 1922. Bon état local et général.

Revue en novembre 1922 (17 mois après). Très bon état.

OBSERVATION VI

M^{me} P..., 30 ans. Entrée le 9 août 1921.

Le début remonte à 6 mois. Amaigrissement considérable.

Opérée le 16 août 1921 (D^r Mossé).

Ligature des hypogastriques. Dissection des uretères difficile à droite. Extirpation de deux ganglions iliaques externes (groupe moyen) du côté droit qui, d'ailleurs,

était le plus adhérent et où l'uretère flexueux était difficile à dégager.

Drain et mèche vaginale. Péritonisation complète.

Examen histologique de la pièce : épithélioma du col; ganglions inflammatoires.

Suites bonnes. Sortie le 15^e jour.

Novembre 1921. Induration suspecte à gauche et à droite.

Radium du 3 au 8 novembre (6 jours).

1°) 4 tubes radium 15 m.c.d. en 48 heures.

2°) 5 tubes d'émanation 16 m.c.d. en 4 jours.

Au total 31 m.c.d. en 6 jours.

Revue le 8 décembre 1921. Masse droite ganglionnaire diminuée; induration gauche stationnaire.

28 décembre. Très notable amélioration locale et générale.

Le 7 juillet 1922. Nouvelle application de radium, 30 m.c.d. en 4 jours.

Le 18 octobre 1922. Nouvelle application vaginale, 22,5 m.c.d. en 3 jours.

Revue le 9 novembre 1922. Fond du vagin rouge, saignant. Toucher rectal : paroi épaissie; rectite.

OBSERVATION VIII

M^{me} B..., 42 ans. Entrée le 23 septembre 1921.

Début remonte à 1 an. La malade était traitée pour un fibrome. Radiothérapie.

Forme très bourgeonnante avec extension vaginale. Utérus très mobile avec légère annexite bilatérale.

Biopsie : épithélioma pavimenteux tubulé.

Opération de Wertheim le 1^{er} octobre 1921 (M. Faure). Technique habituelle. Ligature des hypogastriques malgré laquelle hémorragie abondante, surtout veineuse ;

veines énormes et multiples. Deux ligatures métalliques perdues à la pince de Michel.

Ablation bilatérale de ganglions iliaques externes augmentés de volume et qui à la coupe paraissent inflammatoires.

Deux mèches vaginales tamponnant les parois latérales du pelvis. Péritonisation complète colo-vésicale. Fermeture totale de la paroi abdominale en 3 plans.

Examen histologique : les ganglions sont envahis des deux côtés.

Suites opératoires satisfaisantes. Sortie le 22 octobre en bon état (22^e jour).

Revue le 12 janvier 1922. Bon état général. Cicatrice souple. Un petit bourgeon charnu à gauche est cautérisé au nitrate d'argent.

Revue le 16 février 1922. Très bien.

Revue le 21 juin 1922. Très bon état.

Revue le 10 janvier 1923 (16^e mois après). Très bon état général et local.

OBSERVATION XVI

M^{me} V..., 29 ans. Entrée le 27 décembre 1921.

Début remontant à 6 mois (après accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort 6 semaines après). Curetage le 16 août 1921 à la Pitié (hémorragie avec fièvre). Perd du sang depuis.

Forme bourgeonnante. Mobilité restreinte; cul-de-sac vaginal postérieur légèrement envahi.

Biopsie : épithélioma tubulé du col.

Opération de Wertheim le 7 janvier 1922 (P^r Faure) après curetage préalable du col.

Ligature des hypogastriques. Opération peu hémorragique. Décollement vésical aisé.

Avant de sectionner les ligaments utéro-sacrés on com-

mence par placer une ligature appuyée sur leur faisceau supérieur. Puis on pince leur faisceau inférieur qui est ensuite sectionné. Au cours de cette deuxième section du ligament utéro-sacré gauche le vagin est ouvert un peu trop près du col. Au cours de la section du vagin on doit donc enlever une tranche supplémentaire de la paroi postérieure du vagin, au niveau du point ouvert prématurément.

Ablation de petits ganglions à droite. Rien à gauche.

Surjets vésico-vaginal et recto-vaginal.

Cloisonnement colo-vésical par-dessus mèche vaginale.

Fermeture en 3 plans sans drainage.

Durée : 1 heure.

Suites opératoires : très favorables ; un peu de fièvre pendant 6 jours. Bronchite, puis évolution sans accident. Sortie le 19^e jour.

Janvier 1923. Nouvelles par lettre. Va très bien.

OBSERVATION XIX

M^{me} B..., 50 ans. Entrée le 9 mars 1922.

Forme végétante endocervicale ; infiltration légère à gauche ; mobilité assez bonne.

Biopsie : cancer cylindrique d'origine endocervicale.

Opération le 18 mars 1922, par le P^r Faure.

Ligature des hypogastriques.

Utérus mobile, base des ligaments larges libre.

Un petit chapelet ganglionnaire le long de l'hypogastrique gauche est extirpé. A droite un ganglion est également enlevé.

Péritonisation complète par-dessus une mèche tassée dans la base des ligaments larges.

Fermeture sans drainage abdominal.

Suites opératoires : difficiles pendant quelques jours, puis très bonnes. Sortie le 19^e jour.

Revue le 6 mai. Obstruction intestinale. Purgation et glace. Amélioration.

Revue le 21 juin. Très bon état général et local.

Très bien jusqu'en octobre. A augmenté de 7 livres.

Le 25 octobre. Douleurs dans le ventre. Noyau dur dans la gaine hypogastrique droite.

Radium le 28 octobre. 1 application vaginale en surface. Tube de platine (7/10° de millimètre d'épaisseur) + aluminium + drain de caoutchouc + gaze paraffinée, 30 m.c.d. en 4 jours. Pas de complications.

Décédée en février 1923 (11 mois après).

OBSERVATION XX

M^{me} C..., 50 ans. Entrée le 22 mars 1922.

Forme dure peu bourgeonnante; cul-de-sac postérieur envahi; mobilité conservée.

Biopsie le 8 mars : cancer tubulé paraissant au début.

Opérée le 28 mars 1922 par M. le P^r Faure.

Opération de Wertheim. Ligature des hypogastriques.

Dissection des uretères facile.

Un seul ganglion hypogastrique à droite paraissant malade est enlevé.

Mèche vaginale; péritonisation par-dessus.

Examen de la pièce : forme étendue remontant jusqu'à l'isthme; ganglion paraissant envahi.

Suites opératoires mouvementées.

Le 4^e jour. Faiblesse du cœur.

Le 21^e jour. Accidents lipothymiques ressemblant à une hémorragie interne. 37°,2 avec pouls 138.

Le 36^e jour. Un grand frisson, 39°. Lymphangite pelvienne.

Sortie le 57^e jour en bon état.

Décédée 1 mois après.

OBSERVATION XXV

M^{me} C..., 42 ans. Entrée le 16 mai 1921.

Forme infiltrante. Col peu bourgeonnant, dur, augmenté de volume dans son ensemble. Cul-de-sac gauche résistant par infiltration de la base du ligament large. Utérus mobile dans son ensemble. Petite ulcération.

Opérée le 20 mai 1922 par le P^r Faure.

On trouve le corps utérin peu mobile, paraissant fixé au niveau de l'isthme par le néoplasme. Néanmoins on décide l'ablation.

Extirpation des annexes. Ligatures des hypogastriques. Au niveau de l'hypogastrique gauche un gros ganglion est enlevé. La dissection des uretères se fait facilement à droite, plus difficilement à gauche, côté d'extension du néoplasme. On arrive cependant à circonscrire largement les tissus indurés. Ligature au fur et à mesure de la dissection des pédicules utérins, vaginaux et vésicaux et utéro-sacrés. Exérèse satisfaisante. Hémostase facile.

Surjets vésico-vaginal et vagino-rectal ; une mèche dans le vagin. Péritonisation par-dessus la mèche.

Fermeture sans drainage. Sonde à demeure.

Suites opératoires. Bonnes. Un peu de fièvre (39°) le soir du 2^e jour ; chute le lendemain à 38°. Très bien ensuite.

Examen histologique de la pièce le 6/6 1922 (M. Bulliard) : épithélioma du col à globes épidermiques en voie de transformation carcinomateuse ; ganglions envahis par épithélioma.

La malade est sortie de l'Hôpital en bon état le 28^e jour. Elle est décédée depuis.

CAS MAUVAIS

OBSERVATION X

M^{me} M..., 33 ans. Entrée le 6 septembre 1921.

Forme infiltrante. Biopsie : épithélioma pavimenteux.

Radiumthérapie (21 septembre 1921), 30 c.m.d. en 4 jours.

Opération de Wertheim le 22 octobre (P^r Faure). Technique habituelle mais compliquée par une infiltration néoplasique de la vessie dans la région médiane du triangle, qui rend le décollement vésical extrêmement difficile. Au cours de ce décollement la vessie est ouverte. Fermeture par suture en 2 plans.

Ligature des hypogastriques.

Libération des uretères laborieuse dans la portion juxta-vésicale surtout à droite.

Extirpation de ganglions.

Mèche vaginale et cloisonnement du bassin.

Sonde à demeure.

Examen histologique de la pièce (D^r Champy).

Pièce très intéressante. Il y a dans les ganglions des nodules métastatiques d'épithélium cylindrique, alors que la tumeur originelle est bien un épithélioma pavimenteux.

Suites opératoires. Mauvaises.

Intervention le 29 septembre (8 jours après). Péritonite généralisée dont le point de départ semble en bas et à gauche. Ventre rempli de pus; anses grêles turgescentes.

Drain et mèche vaginale. Mikulicz abdominal.

Amélioration transitoire le 2^e et 3^e jour.

Aggravation le 4^e.

Mort le 5^e jour.

OBSERVATION XV

M^{me} L..., 30 ans. Entrée le 18 novembre 1921.

Epithélioma du col à type hypertrophique qui avait été pris cliniquement pour un fibrome du col à évolution intra-vaginale. Surface légèrement grumeleuse, saignant abondamment. Un tamponnement serré avait été nécessaire après la biopsie qui avait montré un épithélioma.

Amaigrissement considérable (13 kilogs).

Mobilité relative.

Opération de Wertheim le 29 novembre 1921 (P^r Faure).

Après le curettage et l'ablation des gros bourgeons à la pince de Ruault il reste une large surface d'implantation dure étalée en champignon.

Ligature des hypogastriques.

On découvre un très volumineux ganglion situé à droite contre la veine iliaque externe dont il est malaisé de le séparer. Ganglion nettement néoplasique. Un autre plus petit est trouvé juste dans l'angle de bifurcation des vaisseaux iliaques. Du côté gauche pas de ganglions perceptibles.

La section du vagin doit être faite très basse pour pouvoir enlever la très large base d'implantation du néoplasme.

Surjets vésico-vaginal et recto-vaginal.

Surjet colo-vésical par-dessus mèche vaginale.

Etant données l'étendue des surfaces cruentées du côté droit du petit bassin et la septicité du vagin on place un Mikulicz.

Pièce très belle. Vérification histologique : ganglions envahis.

Suites très graves pendant 7 jours. Mikulicz enlevé le 10^e jour.

Sortie le 51^e jour (20 février 1922) en très bon état.

Revue le 24 août 1922. Bon état local et général. Cicatrices abdominale et vaginale souples.

OBSERVATION XXI

M^{me} M..., 35 ans. Entrée le 27 mars 1922.

Forme dure, peu végétante. Mobilité relative; paramètre gauche infiltré. Opérabilité douteuse.

Biopsie : épithélioma pavimenteux tubulé.

3 mars. Application de radium intracervicale et vaginale. 4 tubes, soit 30 millicuries en 4 jours.

Très nette amélioration.

Opérée le 30 mars 1922 par M. le D^r Mossé.

Wertheim difficile. Gros ganglions. Péritonisation incomplète et Mikulicz.

Examen de la pièce : cancer tubulé du col; ganglions envahis.

Suites opératoires très mouvementées. Température oscillant autour de 39° pendant plusieurs semaines.

Parotidite. Ganglion sus-claviculaire droit.

Amélioration après 35 jours. Suture secondaire le 13 mai (soit 44 jours après l'intervention).

Sortie le 75° jour. En bon état.

Récidive. Décédée le 15 décembre 1922.

OBSERVATION XXIV

M^{me} C..., 35 ans. Entrée le 3 mai 1922.

Début il y a un an. Examen fait en mars. Col bourgeonnant, dur, hémorragique; col fixé à droite. On sent une traînée d'infiltration à la base du ligament large droit.

Biopsie le 6 mars 1922 : épithélioma cylindrique.

Cystoscopie. Pas d'envahissement de la vessie, mais

elle adhère au néoplasme qui comprime peut-être l'uretère droit.

Radium le 12 mars. Hystérométrie : 9 cm; dilatation extemporanée; application intra-utérine; tubes laissés 4 jours consécutifs, soit 30 m.c.d.

Après radium amélioration notable. En mai, col bourgeonnant, peu hémorragique, moins fixé; utérus peu mobile.

Opérée le 6 mai 1922, par le P^r Faure (55 jours après le radium).

Pas de curettage préalable. Opération relativement facile. Ligatures des hypogastriques. Vessie difficile à décoller en avant. Paramètre droit infiltré avec petit ganglion collé au col. Pas de ganglions hypogastriques. Uretères facilement disséqués même à droite.

Surjet vésico-vaginal et vagino-rectal. Mèche vaginale et cloisonnement du bassin. Fermeture sans drainage abdominal. Sonde à demeure.

Pièce enlevée : très satisfaisante; bonne collerette vaginale. Paramètre droit épais avec un ganglion.

Examen histologique : cancer altéré par radium; ganglions inflammatoires.

Suites opératoires. Au 4^e jour un peu d'urine passe par le vagin. Ablation de la mèche et sonde à demeure conservée jusqu'au 14^e jour. Lavages de vesie.

Sortie le 22^e jour en bon état.

Revue le 22 novembre 1922. Etat général satisfaisant, mais douleurs dans les cuisses. On voit sur la partie gauche de la cicatrice vaginale un petit bourgeon charnu, souple. Il est enlevé à la curette, pour biopsie.

Biopsie : bourgeon charnu pigmenté, suspect.

Application de radium le 8 décembre 1922. Application vaginale 3 tubes de radium dans gros filtre de platine

— aluminium + drain de caoutchouc + tarlatane paraffinée. Débit 5,5 par 24 heures. Application en 2 temps.
1° 24 heures appareil placé en long dans l'axe du vagin
2° 48 heures placé transversalement au fond du vagin.
Au total 16,5 m.c.d. en 72 heures.

Suites immédiates. Rien à signaler. Sortie 3 jours après.

De la lecture de ces observations, il résulte que :

Difficultés opératoires. - Six fois la valve à cadre a été nécessaire : 3 fois la malade dormant mal (Obs. IV, IX, XII), 2 fois l'adiposité étant très marquée (Obs. IX et XVIII) et 1 fois pour bassin étroit.

Deux fois la ligature de l'hypogastrique a été difficile par étroitesse ou profondeur du bassin (Obs. XII et XIV). Une fois elle n'a pas été faite pour adiposité (Obs. XVIII).

La libération de l'uretère a été compliquée 1 fois par annexite ancienne (Obs. XII), 1 fois par hémorragie veineuse (Obs. IV), 1 fois par la présence de ganglions accolés à l'uretère (Obs. IV).

Hémostase. — Dans deux cas l'hémostase, après section des ligaments utéro-sacrés, a été difficile et a nécessité des pinces à demeure (Obs. IX et XVIII).

Deux fois on a fait un tamponnement au moyen d'un Mikulicz (Obs. XVIII et XXI).

Dans un cas la ligature de l'artère utérine a été faite au moyen d'une agrafe de Michel (Obs. XVIII).

Dans un cas l'opération a été éxsangue (Obs. VII).

Péritonisation. — Dans 11 cas on a fait un cloisonnement du bassin par surjet colo-vésical.

Drainage. — 2 fois on a fait un drainage abdominal au moyen d'un pansement de Mikulicz (Obs. XV).

Ganglions. — 6 observations ne précisent pas le siège des ganglions enlevés. Dans 3 cas, des ganglions hypogastriques ont été enlevés, dans 4 cas des ganglions iliaques. Dans 2 cas (Obs. V et XXIV) les ganglions de Lucas-Championnière paraissaient envahis. Un cas a montré que les ganglions qui paraissaient inflammatoires étaient envahis par le néoplasme (Obs. VIII).

Anomalies. — Dans l'observation XI on a noté l'absence de vaisseaux vésicaux dans la corne vésicale droite.

Accidents. — Deux fois la vessie a été ouverte au cours de son décollement : une fois (Obs. XXIII) la malade ayant subi antérieurement une ligamentopexie, une fois (Obs. X) la paroi étant infiltrée par le néoplasme.

Suites opératoires. — Suites graves (Obs. XV) ; 1 cas de rétention urinaire partielle (Obs. XIV) ; 1 cas de cystite légère (Obs. IV) ; 2 cas de fistule vésicale avec fermeture spontanée (Obs. XVIII et XXIV) ; 1 cas de

fistule urétérale ayant entraîné une néphrectomie (Obs. I); 1 cas d'occlusion intestinale (Obs. XI); 1 cas de rupture de la cicatrice avec éviscération du grêle (Obs. XIII); 1 cas de parotidite et adénite sus-claviculaire (Obs. XXI).

MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Sur les 25 cas d'opération de Wertheim que nous publions, nous ne comptons qu'une seule mort opératoire (Obs. X), et il s'agit d'un cas mauvais avec propagation vésicale et qui avait été soumis à la curiethérapie pré-opératoire. Sur cette série de 25 cas, le pourcentage de mortalité n'est donc que de 4 %. C'est une série particulièrement heureuse. Certains opérateurs ont fourni des séries sans mortalité : Veit (de Halle) 20 cas, Pollosson 36 cas, Zweifel 49 cas, mais on admet généralement que le taux de la mortalité opératoire oscille autour de 15 %. Voici d'ailleurs un certain nombre de statistiques que nous avons recueillies :

Jacobson, sur 2.467 opérations faites en Europe et en Amérique, trouve une mortalité de 19,84 %.

Janeway, sur 1.997 cas.....	18,23 %
Staude, sur 433 cas (Wertheim-Krönig-Zweifel)	18 %
Wertheim, sur 714 cas (1913).....	16,6 %
Pollosson, sur 187 cas (1905-1908).....	16,5 %
V. Bonney (Londres), sur 100 cas.....	20 %
Sur les 50 derniers de ces cas.....	9 %

Cobb (Boston, 1920), sur 60 cas.....	11.66 %
Sur les 30 derniers	6.66 %
W. Graves et Pemberton, sur 119 cas.....	5 %
Despiats, sur 85 cas (Faure-Gosset-Lecène)	17.7 %
Siegwart, sur 269 cas	21 %
Cullen (de Baltimore), sur 49 cas.....	29 %
Sampson (d'Albany), sur 25 cas.....	20 %
Violet (de Lyon), sur 26 cas	15.38 %

Krönig indique un pourcentage de 25.42 %, Reinecke 21 %, Doderlein 18.2, Pozzi et Proust 12.5, Clark 9 %. Quant au Professeur Faure voici ses différentes statistiques que nous avons pu relever.

De 1896 à 1906, 1^{re} série de 18 Wertheim : 33 % de mortalité.

2^e série de 7 Wertheim : 14 % de mortalité.

En 1913 (Congrès de Londres), sur 250 cas opérés par lui, il accuse une mortalité de 15 %.

En 1913, une série de 24 cas lui donne.... 8.33 %

En 1920, 83 cas lui ont fourni une mortalité
de 10.84 %

Sur 17 cas bons, il a eu 1 mort, soit..... 5.88 %

Sur 27 cas medioeres, il a eu 2 morts, soit 7.40 %

Sur 36 cas mauvais, il a eu 6 morts, soit. 16.66 %

Enfin la série de 25 cas opérés à l'Hôpital Broca du 1^{er} janvier 1921 au 1^{er} juillet 1922, donne 4 % de mortalité.

RÉSULTATS IMMEDIATS

Si nous reprenons nos 25 observations par année nous trouvons :

En 1921, 15 cas opérés qui se divisent ainsi :

10 cas bons ont donné 2 morts par récurrence et 8 guérisons;

3 cas médiocres ont donné 1 récurrence et 2 guérisons;

2 cas mauvais ont donné 1 mort opératoire et 1 guérison.

soit 11 guérisons sur 14 survies à l'opération = 78,5 %.

En 1922, nous avons 10 cas, se décomposant comme suit :

4 cas bons ont donné 0 récurrence et 4 guérisons;

4 cas médiocres ont donné 3 morts par récurrence et 1 guérison;

2 cas mauvais ont donné 2 morts par récurrence et 0 guérison.

Ces résultats sont encore trop récents pour qu'on en puisse tirer des conclusions.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Seuls les résultats éloignés peuvent renseigner sur l'efficacité du traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus.

Récidives. — Leur maximum de fréquence s'observe au cours de la première année qui suit l'intervention.

Wertheim, dans sa statistique sur ses 500 premières observations (1898-1909), indiquait que sur ses 250 opérées de 5 ans, 78 avaient récidivé, dont 41 la première année, soit 52,5 %. Pour Forgue, la moitié des récidives s'observeraient dans la première année et 1/4 encore dans la deuxième année. Pour Kelly, 60 % des récidives se produisent au cours de la première année. Pour Mayer 82,6 %, pour Waegeli 90 % des récidives se produisent avant 3 ans. On admet généralement que le premier triennat franchi, il existe de grandes chances de guérison. Après 5 ans, les récidives sont rares mais s'observent encore. C'est ce chiffre de 5 ans qu'on a admis pour parler de guérison.

Wertheim, sur une série de 151 cas, observait 88 guérisons au bout de 5 ans, soit 59 %. En 1913, sur les 714 cas qu'il avait opérés, il avait un pourcentage de 42,5.

Janeway, sur 1090 cas, relève 386 guérisons	
de 5 ans, soit	35,4 %
Mayer, sur 343 cas, relève 107 guérisons de	
5 ans, soit	31,1 %
Staude, sur 433 cas (Wertheim, Krönig,	
Zweifel)	42 %
W. Graves, sur 119 cas.....	34,2 %
Faure (1913), sur 250 cas.....	35 %

Violet (de Lyon) a obtenu 42,8 % de guérisons au bout de 5 ans, Berkeley et Bonney 25,4 %, Cullen 27 %, Scheil (de Prague) 28,5 %. Jacobson, sur 2467 opérations faites en Europe et en Amérique, trouve 40,72 %

de guérisons entre 3 et 5 ans. Schnidler, d'après de nombreuses observations, fixe le pourcentage moyen des chirurgiens à 22 % de guérisons définitives. Ce chiffre nous semble devoir être au-dessous de la vérité.

Nous avons recherché les résultats éloignés obtenus à l'Hôpital Broca, dans le service du Prof^r Faure. Notre tâche, nous devons l'avouer, a été assez difficile. Quelques malades reviennent se présenter après leur sortie de l'hôpital, et c'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois à la consultation de notre Maître, une malade opérée par lui il y a 21 ans et une autre il y a 15 ans. Mais ce n'est pas la règle. Le plus souvent, les opérées ne se prêtent pas à la surveillance qui leur est demandée. Ce n'est que si par hasard elles se mettent à souffrir qu'elles viennent se représenter à leur chirurgien. Aussi lorsqu'on entreprend une recherche systématique, comme nous l'avons fait, on se heurte à des difficultés. Depuis leur opération, les unes ont changé d'adresse, les autres de nom (mariage) et la convocation qui leur est adressée ne les touche pas. D'autres sont venues de province, ont donné une adresse à Paris — adresse où elles sont inconnues — et sont retournées dans leur pays. Nous avons réussi tout de même à en retrouver plusieurs et avoir de leurs nouvelles.

Dans notre statistique, nous ne tenons pas compte des disparues. Il se peut qu'elles soient décédées, mais il est possible qu'il y ait quelques survivantes parmi elles. Nous avons retrouvé, en effet, deux femmes qui depuis 10 ans n'avaient donné de leurs nouvelles. En

outre, nous considérons les décès connus comme récidives, malgré la possibilité de maladies intercurrentes.

Nous avons donc recherché d'abord les malades opérées à la clinique depuis le 1^{er} octobre 1918, date à laquelle le Prof^r Faure a pris le service.

Nous avons trouvé ainsi 73 cas, les premiers datant de plus de 4 ans, le dernier de 10 mois.

Nos recherches nous ont amené aux résultats suivants :

ANNÉE	CAS	MORT OPÉRA- TOIRE	MORT PAR RÉCIDIVE	PAS REVUES	RÉCIDIVE IRRA- DIÉES	GUÉRISON
1918.....	4	2	1			2
1919.....	23	7	5	4	1	6
1920.....	21	4	5		1	11
1921.....	15	1	2		1	11
1922. . . . (1 ^{er} semestre)	10	0	4			6
Total..	73	13	17	4	3	36

La mortalité opératoire a donc été de 17,8 % pour l'ensemble, de 25 % pour les 48 premiers cas et de 4 % pour les 25 derniers cas.

Sans tenir compte des 3 femmes vivantes, mais ayant eu du radium pour récidive, la survie est de 49,3 % si l'on envisage la totalité des opérées, et 60 % si l'on ne compte que les survivantes à l'opération.

La récidive est de 33 %, et 40 % si l'on compte les disparues comme décédées.

Les derniers cas étant trop récents pour en tenir

compte, en prenant les cas entre 2 et 4 ans nous avons 51 cas ayant donné 23,5 % de mortalité opératoire, 41,1 % de guérisons sur la totalité des opérées, et 53,8 % sur les survivantes à l'opération.

Nous aurions voulu poursuivre nos recherches et remonter plus loin, malheureusement, dans le long intervalle 1914-1918 occupé par la guerre, les observations ont été insuffisantes et nous avons dû abandonner, faute de documents complets. Nous avons alors recherché les cas opérés pendant l'année 1913 à l'Hôpital Cochin par M. Faure.

Nous avons trouvé 16 cas ayant donné 3 morts opératoires. Sur les 13 survivantes, nous avons pu en retrouver 8 au cours de l'année 1918 (5^e année), soit 61,5 %. De ces 8, une est décédée au cours de la 5^e année (généralisation cancéreuse), après avoir été opérée en 1916 par M. Faure pour cancer du sein.

En 1920 (7 ans après), les 7 autres étaient vivantes et en 1923 (10 ans après) nous les avons encore retrouvées en excellente santé. L'une, qui a actuellement 48 ans, s'est mariée il y a 18 mois.

Cette série nous fournit donc un pourcentage de guérison absolue, au bout de 10 ans, de 53,8 %.

RADIUM ET CHIRURGIE

Radium pré-opératoire. — On a préconisé, pour rendre la mobilité à l'utérus dans les cas d'opérabilité douteuse, de faire avant l'intervention une application de radium. On obtient la plupart du temps le résultat cherché, mais on crée autour du col une sclérose qui complique l'opération surtout en ce qui concerne la libération des uretères et le clivage de la paroi vésico-vaginale.

Parmi les 25 observations que nous publions, nous relevons 3 cas mauvais, lesquels ont donné lieu à une application de radium environ 1 mois avant l'opération de Wertheim.

Le premier de ces cas a donné une mort opératoire.

Le deuxième une mort par récurrence, le 9^e mois.

Le troisième (Obs. XXIV) une survie, actuellement de 11 mois, après récurrence vaginale irradiée à nouveau.

Radium post-opératoire. — Certains chirurgiens, parmi lesquels Pozzi, ont préféré, à l'exérèse large, une hystérectomie totale simple, et ont complété l'opération par une application de radium (hystérectomie

restreinte complétée par la radiumthérapie). Le Prof^r Faure a opéré à l'Hôpital Broca, le 26 juin 1920, une malade présentant un cancer du col et un fibrome. 9 jours après, on fit une application de radium 6 m.c.d. 38 en 3 jours. Malgré cette faible dose, cette femme est actuellement en excellente santé, soit 2 ans et 8 mois après.

D'autres font bien une opération de Wertheim, mais ils la font suivre d'une application de radium qui doit « détruire les quelques cellules errantes et la poussière du cancer qui peuvent exister dans le foyer opératoire ». Le Prof^r Faure, qui préconise cette méthode, a obtenu ce résultat paradoxal, à savoir que la récurrence a été plus fréquente dans les cas irradiés après l'opération.

La Curiethérapie des Cancers opérables

Nous avons annoncé que nous n'entreprendrions pas une comparaison entre les résultats de la curiethérapie et ceux de la chirurgie. Nous ne voulons cependant pas achever ce travail sans donner ici les quelques chiffres que M. le Dr Douay a bien voulu nous communiquer sur les résultats obtenus à l'Hôpital Broca.

Pendant les années 1919-1920-1921, 50 cas ont été irradiés, qui se décomposent ainsi :

Pour 1919 : 7 cas, 1920 : 17 cas, 1921 : 26 cas.

Sur ces 50 cas irradiés en 3 ans, 25 étaient ou des cas opérables, ou des cas limites. Les 2 catégories fournissent chacune 2 survies actuelles datant de 1 an 1/2

à 2 ans et 9 mois. Sur les 25 cas inopérables, une seule survie de 15 mois. La survie pour les cancers opérables serait donc de 16 % entre 1 an 1/2 et 2 ans 9 mois.

Ces chiffres sont à rapprocher de ceux fournis par d'autres auteurs.

Doderlein sur 73 cas, dont 9,6 % d'opérables, a 12,3 % de guérisons, Kustner, avec 16 % d'opérables, a 10 % de guérisons, Bumm, sur 36 cas opérables et limites, irradiés en 1913, a 25 % de guérisons après 5 ans (36 % après 3 ans), sur 41 cas en 1914, il a 19,5 % de guérisons après 5 ans, sur 78 cas en 1915, il a 48,7 % de guérisons après 3 ans.

Le radium n'a pas dit son dernier mot, mais à l'heure actuelle, en retenant ce chiffre optimum de 25 % de guérisons après 5 ans, — les statistiques portant sur 5 années sont rares — la comparaison avec les résultats de la chirurgie (53,8 % après 10 ans) est nettement en faveur de celle-ci.

La radium n'a pas encore satisfait aux espérances qu'il a fait naître, et, certains qui s'étaient montrés très enthousiastes ont eu à compter avec la réalité.

Nous terminerons en reproduisant ces paroles prononcées en juin 1922 à la Société belge de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles par deux chirurgiens autorisés. Rouffart (de Bruxelles) : « Quant à moi, j'ai, dans le cancer au début, obtenu de meilleurs résultats du traitement chirurgical que des irradiations qui m'ont donné plus de la moitié de récurrences deux ans après l'application ». Henrotay (d'Anvers) : « Je

n'ai eu que des désillusions de la curiethérapie du cancer du col de l'utérus ».

Pour ce qui est de la radiothérapie profonde, des résultats encourageants ont été publiés. Seitz et Wintz auraient obtenu 61 % de guérisons après 2 ans 1/2. Quoiqu'il en soit, ces résultats sont encore trop récents, il nous faut attendre l'épreuve du temps.

CONCLUSIONS

1° La guérison du cancer du col de l'utérus est non seulement possible, mais fréquente. C'est peut-être le p'us curable des cancers, à condition que l'opération soit précoce. D'après nos recherches, faites dans le service de M. le Professeur Faure, l'hystérectomie abdominale élargie est capable de donner des guérisons durables : 61,5 % des cas sans récurrence après 4 ans, 53,8 % après 10 ans.

2° Jusqu'à présent, les résultats heureux donnés par la curiethérapie (25 % après 5 ans pour les cas opérables) restent inférieurs à ceux donnés par l'hystérectomie abdominale élargie.

3° Pour la chirurgie, comme pour la curiethérapie, les résultats sont d'autant meilleurs que les cas traités sont plus au début de leur évolution.

4° L'association de la curiethérapie et de la radiothérapie profonde, l'association des irradiations et de la chirurgie, soit pré-opératoires, soit post-opératoires,

sont des questions à l'étude dont il n'est pas possible de fournir les résultats éloignés.

5° L'hystérectomie abdominale élargie (opération de Wertheim) a fait ses preuves. Jusqu'à certitude du contraire, tout cas opérable doit être opéré.

6° La gravité et la difficulté de l'opération ne doivent pas rebuter le chirurgien de carrière, mais au contraire l'engager à s'y préparer d'une façon sérieuse et à améliorer sa technique. Celle que nous avons essayé de décrire fidèlement dans cette thèse est celle à laquelle le Professeur Faure est parvenu après une longue expérience. Dans ces deux dernières années, sa mortalité opératoire est tombée de 18 % à 4 %.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
J.-L. FAURE.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — *Médecine opératoire des voies urinaires* (Masson, 1909). *
- BARNAUD. — Résultats éloignés du traitement chirurgical dans le cancer de l'utérus. *Thèse de Lyon*, 1919.
- F. COBB (Boston). — *In the Journal american medical Association*. 3 january 1920 (Chicago). Radical abdominal Hysterectomy for cancer of the cervix uteri.
- DESCOMPS. — Hémostase des pédicules annexiels. *In Archives mensuelles de Gynécologie et d'Obstétrique*, 2 février 1912.
- DESPLAS. — Opération de Wertheim. *Journal de Chirurgie*, 1922.
- FARABEUF. — *Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires* (1905).
- FAURE (J.-L.). — Le traitement du cancer du col de l'utérus. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1906, XXXII, p. 946; 1912, séance du 27 mars 1913, XXXIX, p. 1061.
- FAURE et SIREDEY. — *In Gynecologie medico-chirurgicale* (1911).
- FORGUE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1919, n° 92, page 893.
- GRAVES (W.). — Etat actuel du traitement du cancer du col opérable. *Surgery, gynecology and obstetrics*, juin 1921.
- JACOBSON. — The results obtained by the radical operation for carcinoma of the uterus. *The Journal of the American Medical Association* (14 january 1911).
- JAYLE. — Les chirurgiens américains et l'hystérectomie

abdominale pour cancer (*Presse Médicale*, 1917, page 420).

JONNESCO. — IV^e Congrès international de Gynécologie, Rome, 1902.

KRUKENBERG. — In *Zentralblatt für gynaekologie*, 23 juli 1921.

LECÈNE. — Remarques sur la Technique de la colpo-hystérectomie abdominale pour cancer du col de l'utérus. *Journal de Chirurgie*, 1910 (janvier).

MAYER. — In *Zentralblatt für gynaekologie*, 12 juin 1920.

— In *Monatschrift für Geburtschülfe und Gynaekologie*, 1911.

MUSUMECI. — Thèse de Paris, 1921, n° 615.

POIRIER. — *Traité d'Anatomie humaine*. Tome II, Angéiologie.

POLLOSSON. — Réflexions sur 211 opérations de Wertheim. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} février-1^{er} mars 1909.

POZZI et ROUHIER. — In *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1914.

PROUST et MAURER. — Ligature de l'artère hypogastrique dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer. *Journal de Chirurgie*, 15 août 1913.

QUENU et DUVAL. — Ligature bilatérale de l'artère hypogastrique par voie transpéritonéale. *Revue de Chirurgie*, t. XVIII, nov. 1898, p. 979.

TUFFIER et de ROUVILLE. — La lutte contre le cancer. Résultats de l'opération de Wertheim. *Montpellier Médical*, 1911, XXXII.

WEIBEL. — Au sujet de l'irradiation prophylactique post-opératoire. In *Monatschrift für Geburtschülfe und Gynaekologie*, 1919, p. 342.

WERTHEIM. — Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri (auf Grund von 500 Fällen). Analyse de X. Bender in *Revue de Gynecologie*, 1911, p. 63.

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris
